DĂRUIT
de
CONSTANTIN C. ANGELESCU

Anul V, No. 1-2. Ianuarie-Februarie 1909. Volumul I.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Prof. Dr. A. TEOHARI

Revistă anuală de terapeutică

Lucrările relative la imunitate în *boalele infecţioase*, sânt din an în an mai numeroase.

Nu este aci locul să intru în consideraţii de ordin pur teoretic sau experimental, în ceea ce priveşte acest subiect; mă mărginesc la expunerea faptelor de interes practic, apărute în anul din urmă în literatura medicală.

a) Ca mijloace de *imunisare pasivă* (seroterapie), vă citez lucrările lui Többen (1), Levy (2), Flexner şi Jobling (3) Robb (4), etc., în privinţa tratamentului *meningitei cerebro-spinale epidemice* prin serul anti-meningococic.

In special Flexner şi Jobling dau o statistică de 400 cazuri, tratate prin serul lui Flexner.

Pe când injecţiile subcutanate nu dau rezultate simţitoare, injecţiile intra-durale practicate între ziua 1—3 a boalei, au coborât mortalitatea de la 70°/o cât era în ultima epidemie din America, la 16,5°/o, ceea ce reprezintă o diferenţă foarte mare, în favoarea seroterapiei specifice.

Cu injecţii făcute mai târziu de ziua 7-a, mortalitatea se ridică la 35°/o, fapte observate şi în imunitatea pasivă din alte boale infecţioase.

Serul lui Flexner, provine de la cai, imunisaţi în mod activ timp de 6 luni şi mai mult, cu meningococi de diferite provenienţe, omorâţi prin căldură, apoi prin meningococi vii, în fine prin produsele de autolysă ale acestor microbi.

In Germania, injecţiile intra-durale, practicate cu serul lui Kolle-Wassermann, au dat pe o scară mai mică, rezultate cari se apropie în mod simţitor de cele precedente.

Levy a întrebuinţat dose mari, până la 40 cmc. într'o singură injecţie, dupe evacuarea prealabilă a unei cantităţi notabile de liquid cefalo-rachidian, purulent în cazul de faţă.

Aceste fapte, dacă vor fi confirmate şi de alţi observatori, reprezintă un mare progres în t-tul meningitei cerebro-spinale epidemice, un nou succes al metodei experimentale, aplicate în terapeutică.

Este drept ca alături de rezultatele bune ale seroterapiei să cităm şi accidentele ei, cari de asemenea prezintă interes pentru medicul practic. In acest cadru intră fenomenele de *anafilaxie*, sau allergie, sau hypersensibilitate, în urma injecţiilor repetate de ser, la un mare interval unele de altele.

Lucrările relative la *anafilaxie* sânt la ordinea zilei şi constituesc o literatură importantă. Fără a intra în amănunte, sânt silit să vă dau câteva explicaţii, spre înţelegerea faptelor observate şi la om.

Atenţia asupra acestui curios fenomen semnalat de către Richet şi Arthus, a fost din nou atrasă prin lucrările lui Smith, Otto, Rosenau şi Anderson, şi alţii. In special Smith a observat moartea foarte repede a cobailor cari au servit pentru încercarea antitoxinei difterice, dacă dupe câteva săptămâni, li se reinjecta ser, provenind chiar de la un cal normal. Animalele erau hypersensibile prin faptul primei injecţii.

Intervalul minimum dintre cele două injecţii este de 10—12 zile; injecţiile de ser practicate înainte de această dată, nu dau accidente.

Vă semnalez, că nu avem o explicaţie satisfăcătoare a acestor fenomene.

Ca observaţie de anafilaxie foarte târzie la om, vă citez cazurile publicate de Bruch (5), G. Klemperer (6), Umber în cari injecţii de ser antistreptococic sau antidifteric, practicate pentru a doua oare la acelaşi pacient dupe 2, 3 şi 8 ani, au dat naştere la accidente foarte grave, de collaps cardiac (Umber, Klemperer), de hemoragii multiple ale mucoaselor (Bruch).

Aceste fapte, foarte rare, trebuesc totuşi să fie cunoscute de practiciani, spre a pune în vederea pacienţilor, familiei lor, posibilitatea de accidente serioase, dupe o nouă injecţie de serum, practicată chiar multă vreme dupe cea d'întâiu.

Dupe Besredka, *chlorurul de calcium* consiliat de către Netter în contra accidentelor serice pune la adăpost de fenomenele anafilactice din punct de vedere experimental, dacă se administrează înaintea injecţiei de ser.

Vom avea deci totdeauna în vedere acest agent, cari în timpii noştrii a devenit un medicament universal, spre a întâmpina accidentele de hypersensibilitate.

b) Printre mijloacele de *imunisare activă*, vă citez tratamentul *febrei typhoide* grave, prin injecţii subcutanate de culturi tifice vii atenuate prin căldură, preconisat de către Pescarolo şi Quadrone (7).

In 20 cazuri de septicemie tifică gravă, aceşti autori, au văzut că în urma injecţiilor, aglutinarea devine positivă, dacă era negativă, sau mult mai intensă dacă exista mai înainte; dupe câteva zile, cliniceşte se instala apyrexia şi convalescenţa, în urma unei reacţii locale şi generale trecătoare.

Medicii englezi, continuă a publica rezultate favorabile, în urma t-tului diferitelor boale infecţioase prin metoda lui Whright, ţinând socoteală de indicele opsonic; în acest cadru intră faptele observate de Greenwood (8), Imman (9), White (10) şi alţii.

In aceeaşi ordine de idei, citez cazul de *septicemie streptococică* gravă publicat de către Sutcliffe şi Bayly (11), în care durerile violente şi tumefacţia membrului inferior, arătau producerea unei thrombose venoase. Durerea şi umflătura, au dispărut în urma injecţiilor subcutanate de streptococi omorâţi, ţinând socoteală de indicele opsonic... In acelaşi timp, autorii au administrat mari cantităţi de *acid citric*, spre a micşora coagularea sângelui. Whright a generalizat întrebuinţarea acestui corp chimic în diferite infecţii, pornind de la ideea că microbii înglobaţi în coagule, sânt mai puţin influenţaţi de anticorpurile specifice.

Ca fapt de observaţie clinică însă, nu avem interes să mobilizăm microbii dintr'un thrombus.

Imi reamintesc cazul unei phlebite puerperale în aparenţă puţin gravă, care în urma unei embolii minime, s'a terminat prin septicemie mortală.

Tot ca mijloace de imunisare activă, menţionez încercările de *vaccinare în contra scarlatinei*, făcute de către Nikitin (12) în Rusia, pe o scară destul de mare, asupra a 760 copii, cu vaccinul streptococic al lui Gabritschewsky.

Dintre copii injectaţi de 2—3 ori, nici unul n'ar fi contractat scarlatina, deşi veniseră în contact intim cu bolnavi atinşi de această febră eruptivă.

Alţi autori, tot ruşi, se arată mai sceptici în privinţa vaccinării anti-scarlatinoase. De alt-fel este puţin probabil ca în scarlatină să fie vorba de o infecţie numai prin streptococi, deşi aceşti microbi joacă un rol important în complicaţiile boalei.

c) Până în ziua încă depărtată, când vom poseda mijloace specifice de vindecare pentru toate boalele infecţioase, sântem siliţi să recurgem şi la alte metode de tratament.

Printre substanţele întrebuinţate în tratamentul boalelor infecţioase, vă citez *sublimatul* care injectat pe cale intra-venoasă dupe metoda lui Baccelli (soluţie de 1 la 1000 în lichid fisiologic), din care se introduce 10 cmc. 0,01 g.), a adus dupe observaţiunile lui De Marchis, Bidoli, Chiaramonti şi alţii, vindecarea în cazuri de septico-pyohemii grave.

Injecţiile se repetă mai multe zile dearândul.

Bandel (13), a întrebuinţat de asemenea sublimatul intra-venos ($^1/_2$ centigr.), în cazuri de rheumatism articular acut grav, cu foarte bune rezultate. Dupe injecţii se produce polynucleoză şi convalescenţă repede. Chiar dacă rezultatele n'ar fi aşa de încuragiatoare, totuşi injecţiile intra-venoase de sublimat pot fi încercate pe o scară mai mare, căci par lipsite de ori-ce pericol.

Colargolul, a fost consiliat de către Moncorvo şi Pires (14), subt formă de clismă, în dysenteria copiilor... Aceşti autori afirmă că în 300 cazuri, au obţinut rezultate excelente, superioare chiar seroterapiei specifice, ceea ce pare greu de admis.

In materie de tuberculoză, Gérard şi Lemoine (15), afirmă că au avut ameliorări şi vindecări, printr'o substanţă pe care au numit'o *paratoxină;* este vorba de un produs, bogat în cholesterină, extras prin eterul de petrol din ficatul şi bila animalelor.

Gérard şi Lemoine întrebuinţează medicamentul în dosa de 1—4 cmc. subcutanat, 2—5 cmc. intra-laryngeŭ, 5—20 cmc. pe cale bucală şi ar fi obţinut rezultate excelente în cazuri de tuberculoză pulmonară, laryngee, intestinală.

Până acum însă, nu avem lucrări de control în această privinţă.

Atoxylul nu şi-a menţinut reputaţia ca medicament antisifilitic şi este departe de a fi înlocuit mercurul. Această concluzie se poate deduce dintr'o bună lucrare inaugurală a d-lui Dr. Braun.

Ca tratament symptomatic al boalelor infecţioase vă menţionez aplicaţia unei pungi cu ghiaţă pe regiunea precordială, dupe metoda preconisată m. c. s. de către Leduc. Acest procedeu terapeutic, întrebuinţat în multe cazuri din serviciul Prof. Buicliu a făcut subiectul unei teze de valoare a d-lui Dr. Lascăr, care pune în evidenţă acţiunea antitermică şi toni-cardiacă a *frigoterapiei precordiale.*

* * *

Tumorile maligne, dau naştere în fie-care an, la un număr important de lucrări, în privinţa etiologiei lor. Ca încercări terapeutice, vă menţionez că din punct de vedere experimental, un ser *anticanceros*, cytolitic, nu a dat nici un rezultat în cancerul şoarecilor (Borrel).

La aceleaşi animale, injecţiile în tumoare de *trisulfit de arsenic* (thiarsol), a produs eliminarea şi vindecarea neoplasmului, atunci când era recent.

La om, *fermentul glycolitic* al lui Odier, nu a dat nimic apreciabil în cancer, dupe cercetările de control ale lui Naegeli-Akerblom şi Vernier (16)... La o bolnavă atinsă de cancer al capului pancreatic, pe care am văzut'o dimpreună cu d-l doctor C. Cantacuzino, fermentul glycolitic încercat de către d-sa, nu a dat nici un rezultat vădit.

Czerny (17), a încercat în t-tul cancerului, metoda fulguraţiunei, preconizată de către Keating Hart din Marsilia. Pacientul fiind anestesiat, tumoarea este enucleată cu cureta pe cât e cu putinţă; apoi regiunea este expusă scânteilor electrice timp de 5—40 minute.

Fulguraţia pare să atingă în mod electiv celulele canceroase, pe când ţesutul conjonctiv îşi conservă tendinţa la proliferare.

Impresia lui Czerny ca şi a celorlalţi medici şi chirurgi cari au făcut cercetări de control, este că fulguraţia reuşeşte sigur şi repede în cancroidele feţei cu mers lent (în cari şi alte metode dau succes).

In toate cancerele mai profunde, rezultatele sânt foarte puţin încuragiatoare.

* * *

Therapeutica boalelor *tubului digestiv* şi anexelor sale, ne prezintă în decursul anului trecut, un oare-care număr de lucrări de detaliu, ce au importanţa lor practică. In *anginele banale*, Berliner (18), spre a pune un antiseptic în contact permanent cu mucoasa faringee, introduce de mai multe ori pe zi în fosele nasale ale bolnavului o pomadă cu *protargol* căreia îi adaogă sacharină spre a corige gustul neplăcut al medicamentului ce se scurge necontenit în faryngee (protargol 1,50 gr., apă 2,50 gr., se amestecă cu lanolină 6 gr., menthol 0,10 gr., sacharină 0,30 gr., vaselină până la 15 gr.).

Cu acest mic procedeu terapeutic, de sigur preferabil gargarismelor cu acţiune prea trecătoare, am văzut în câteva cazuri punctele albe din anginele foliculare sau pultacee, dispărând foarte repede; era însă vorba de angine cliniceşte destul de benigne.

Vărsăturile tuberculoşilor, la ori-ce perioadă, încetează dupe Lion (19), dacă administrăm bolnavilor 20 gr. de *subnitrat de bismuth*, fie într'o singură dată dimineaţa (în apă), fie în mai multe ori, înainte de masă, dacă există diaree. Administrarea se continuă 10—12 zile şi se reîncepe la nevoie. Acest tratament pare logic, căci bismutul protege suprafaţa internă a stomacului şi împedecă producerea excitaţiei care dă naştere reflexului vărsătură.

Cu această ocazie, menţionez în treacăt că bismutul în dosă mare (până la 50 gr.), introdus pe cale rectală în vederea examenului prin razele Röntgen, a produs moartea prin nitriţi în cazul lui Erich Meyer (21) (sânge brun, dungile metemoglobinei la spectroscop), care propune înlocuirea subnitratului prin *carbonat de bismuth.* In aceeaşi categorie de fapte intră şi cazurile mortale mai vechi, publicate de Benecke, de Böhme.

In dosele însă în cari se dă bismutul de obicei pe cale gastrică, nu cunosc cazuri publicate de intoxicaţie prin nitriţi.

Schmidt (20), bazat pe vre-o 40 de cazuri, atrage din nou atenţia asupra *dyspepsiei intestinale prin fermentaţia hydro-carbonatelor.* Este vorba de bolnavi, cari au probabil o secreţie amylolytică insuficientă a intestinului subţire; aceasta se recunoaşte prin examenul microscopic al scaunelor (celule de amidon, celule de cartofi) şi prin alte procedeuri mai complicate (proba fermentaţiei). Diareea cedează imediat ce suprimăm hydro-carbonatele din alimentaţiune.

Aceste fapte aduse de Schmidt sânt interesante, căci azi t-tul diareelor cronice este aproape sinonim cu regim de făinoase.

Iaurtul a cărui vechime se perde în negura timpurilor, a fost descoperit de lumea apusană în urma lucrărilor lui Metchnikoff.

Acest aliment-medicament de mare preţ, a început să dea loc şi în Germania la un mare număr de lucrări, dupe ce a fost bine studiat în Franţa. Ceea ce ne interesează mai mult este să stabilim indicaţiile iaurtului.

Citez printre publicaţiile recente pe aceea a lui Wegele (22), care preferă în t tul boalelor gastro-intestinale iaurtul, kefirului şi laptelui acru, ca fiind mai bine digestibil şi conţinând mai mult acid lactic.

Dupe dânsul, iaurtul este indicat în gastritele cronice şi în apepsie; apoi în turburările intestinale acute cu fermentaţii, în enterite cronice cu fermentaţii intestinale şi stare generală rea.

Dupe cât am văzut, iaurtul nu dă rezultate tocmai evidente în enteritele acute; în cele cronice de intensitate medie succesele sânt dese. Entero-colitele cronice severe, se modifică mai bine pe lângă regimul de făinoase, prin lacto-fermentul cultivat în bulion.

Antisepsia intestinală, nu mai numără mulţi partizani, putând fi realizată prin regimul alimentar, prin purgative administrate la timp. Dutton Steele (23). la un bolnav atins de turb. gastro-int. uşoare, a constatat că numărul bacteriilor intestinale (determinat prin metoda cântărirei a lui Strassburger), se măreşte mult sub influenţa *naphtolului B*. Deci în boalele intestinului, antisepticele pot fi direct vătămătoare.

Diareea din gastro-enteritele acute, din enteritele cronice, din tuberculoza intestinală, este tratată de către Görner (24) printr'o metodă foarte originală, prin procedeul lui Stumpf, care consistă în a administra unui adult 200 gr. de pulbere de *argilă albă* (bolusalba), în $^1/_4$ litru apă. Argila fiind insolubilă în apă şi constituind un mediu fără nici o valoare nutritivă pentru microbi, este utilisabilă chiar în *choleră*. Stumpf citează câteva cazuri de choleră asiatică, în cari acest mod de tratament, ar fi dat rezultate bune neîndoioase.

Până la ivirea unui tratament specific al cholerei, pe care cercetările experimentale ale lui Krauss, lui Salimbeni ne fac să-l sperăm, se poate încerca şi procedeul lui Stumpf, care în ori-ce caz este puţin banal.

In *constipaţiile atonice* rebele, Lebeaupin (25), după alţii, arată buna acţiune a spălăturilor de stomac reale sau fictive (simpla introducere a sondei). Este vorba de o stimulare a musculaturei intestinale, transmisă de la nivelul stomacului.

Se poate încerca şi acest mod de tratament la indivizii relativ tineri, căci la bătrâni cu musculatură şi inervaţie intestinală defectuoasă, procedeele fizice nu dau în general rezultate evidente.

Oleul de ricină în *apendicită*, dat în mod sistematic de către unii medici (Robin), nu găseşte aprobarea celor mai mulţi, cari preferă să imobilizeze intestinul prin opium. Sonnenburg (26), cunoscutul chirurg din Berlin, administrează oleul de ricină în toate cazurile de apendicită cu puţină reacţie locală şi generală (temperatură 37°,5; puls 92; leucocoţi 15000 pe mmc.); în 104 cazuri ast-fel tratate, vindecarea s'a produs foarte repede.

Intr'un caz de peritonită apendiculară, cu facies hipocratic, cu stare de collaps, Rotschild (29) a obţinut ridicarea pulsului şi vindecarea consecutivă prin injecţia intra-venoasă de 1 litru de soluţie fosiologică de sare, conţinând 3 picături din soluţia 1 la 1000 de *adrenalină*.

După Ehrmann, adrenalina ar mai fi indicată în peritonite şi pentru că micşorează resorbţia la nivelul peritoneului infectat, prin vaso-constricţia ce produce.

Faptele experimentale arată însă, că adrenalina este un tonic cardiac, care nu este lipsit de primejdie.

Peritonita tuberculoasă, a fost tratată de către Silvestris (27) prin injecţia de aer în peritoneu cu un aparat Potain, după evacuarea prealabilă a ascitei.

In aceleaşi împrejurări Schulze (28) introduce în peritoneu 500—1800 cmc. de oxygen, după care se observă uneori greaţă, durere, vărsături. Din 6 cazuri grave, autorul a observat recidiva boalei, numai într'unul.

Acest mod de tratament pare logic, fiind date bunele rezultate ce se observă în pleuresiele tuberculoase recidivante, în urma injecţiei de gaze în pleură.

Probabil însă, cazurile fericite de vindecare, se vor observa m. c. s. în forma ascitică pură a perit. tuberculoase, care se vindecă destul de des şi prin alte metode de tratament.

Trecând la boalele ficatului, menţionez în treacăt, că Senator recunoaşte proprietăţi cholagoge evidente *săpunului medicinal* pe care-l prescrie în *lithiasa biliară* (de 3 ori pe zi câte 3 pilule a 0,10—0,15 fie-care).

⁂

Trecând la *aparatul respirator*, semnalez lucrarea lui Ghelf (31), care arată din nou faptul puţin cunoscut că *nitritul de amyl* este un foarte bun medicament de urgenţă în *hemoptisii.* Acest autor, citează şi 60 cazuri de hemoptisii, adunate de Hare, cari conduc la aceiaşi concluzie.

In sprijinul acestui mod de tratament vin și cercetările experimentale ale lui Petitjean (32), care arată că subt influența nitratului de amyl presiunea scade în artera pulmonară și plămânul presintă o anemie intensă. Tot din cercetările lui Petitjean, rezultă că presiunea în artera pulmonară nu este modificată prin *ergotină* sau se produce o ridicare; ast-fel că acest medicament clasic în hemoptisii este ineficace sau chiar direct vătămător; la aceleaşi rezultate au ajuns de alt-fel în cercetările lor și alți autori anteriori ca Bradford și Dean etc.

Vom conchide deci, că în hemoptisii, putem începe prin inhalații de nitrat de amyl și ca tratament ulterior vom consilia morfina care pune în stare de repaos aparatul circulator, apoi agenții cari coagulează sângele (chlorur de calcium etc. In privința ergotinei pentru tratamentul hemoragielor broncho-pulmonare, vom zice ca Peter pentru ratanhia, că este „pe cât de clasică pe atât de ineficace.“

Tot ca agent hypotensor în hem., putem întrebuința extractul de vâsc (*viscum album* 0,20 gr. subcutant) asupra căruia a insistat din nou Gaultier.

Krusinger (33), a tratat câteva cazuri de *resoluţie incomplectă a pneumoniei,* prin *fibrolysină* şi ar fi obţinut o vindecare destul de repede. In asemenea împrejurări, am văzut că aeroterapia şi în special cura de altitudine, poate conduce în scurtă vreme la acelaşi rezultat.

F. Klemperer (34), relatează vre-o 4 observaţiuni recente, de operaţiunea lui Freund în emfisemul pulmonar prin rigiditatea cartilagelor costale şi mai cu seamă a celor d'întâi. Prin resecţia acestor cartilagii, dyspneea dispare, ventilarea pulmonară se ameliorează.

Indicaţia acestei operaţii, s'ar putea stabili prin razele Röntgen, cari arată modificarea de structură a cartilagiului.

Intr'adevăr este foarte probabil, că nu toate cazurile de emfisem, recunosc cauza admisă de către Freund.

In *astmul esenţial,* Strümpell (35) ar fi văzut prin băile de lumină electrică timp de 5—20 minute, mai bune rezultate în privinţa duratei şi frequenţei acceselor, de cât cu ori-ce alt mod de tratament. Lucrul trebue controlat, căci mijloacele preconizate în contra astmului, sânt nenumărate.

* * *

Tratamentul boalelor *aparatului circulator*, ne dă adeseori succese terapeutice, dacă mânuim în cunoștință de cauză, dietetica, agenții fizici și medicamentele apropriate.

In special, reducerea lichidelor ingerate la 800—1200 gr. (dupe severitatea cazului), permite să se obțină în asystolii, dupe cum spuneam și în cursul de anul trecut, rezultate admirabile. Lucrul este cu atât mai de prețuit, cu cât unele œdemuri și exsudate în seroase, cari nu mai cedează nici toni-cardiacelor, nici diureticelor, dispar în câteva zile prin reducerea lichidelor după Oertel.

In acest cadru intră regimul lui Karell, preconizat de către acest medic rus pe la 1868 și aplicat de curând în asystolii de către Jacob (36), care publică o serie de observații convingătoare (asystolii prin myocardite, leziuni valvulare, obesitate, modificate în câteva zile prin regim).

Regimul lui Karell, consistă în a da bolnavului timp de 5—7 zile, numai 800 gr. lapte pe zi și nici o altă hrană. Apoi se ajunge progresiv în 12 zile, la o hrană mixtă obicinuită; cantitatea însă de lichid, se menține încă la 800 gr. timp de 14 zile până la o lună.

In realitate regimul lui Karell, represintă cel puțin în primul septenar, un regim de hyponutriție, care a fost combătut de către clinicianii germani de valoare; mușchiul cardiac, slăbește ca ori-ce mușchiu, dacă hrana și în special albuminoidele nu sânt date în cantitate suficientă.

Putem deci institui în asystolie, un regim mixt, după toleranța căilor digestive, cu reducerea lichidelor, iar nu numai cu 800 gr. pe zi de lapte, ca hrană totală.

Trecând la altă ordine de idei, vă semnalez că *injecțiile intravenoase de strofantină*, citate în revista de acum un an, s'au încetățenit în mod definitiv în tratamentul asystolielor grave; numeroase lucrări de control, au arătat eficacitatea lor.

Baccelli (37), mai întrebuințează aceste injecții (1/2 miligr.) și în cazurile de tachycardie paroxystică gravă, cu semne de dilatația cordului; rezultatele ar fi bune și injecțiile se pot repeta.

Pentru că vorbesc de medicamente toni-cardiace, menționez că după Fraenkel (38), Edens (39), și alții, *digalenul* expune ca toate preparaţiile digitalice, la acţiunea cumulativă, contrariu celor ce se credea în urmă lucrărilor lui Cloetta.

In tratamentul *anginei de pept*, Hisselbach şi Jacobäus (40) au încercat la Institutul Finsen din Kopenhaga, băi de lumină electrică, produsă de un arc voltaic. Se continuă şedinţele până la producerea unei adevărate dermatite. Congestia cutanată, care durează încă 6—9 luni după tratament, aduce o scădere cu 10°/₀ a presiunei arteriale. Din 44 bolnavi, numai la unul s'au obţinut rezultate negative, în privinţa ivirei acceselor.

Acest procedeu terapeutic pare logic, căci ast-fel realizăm o mare revulsie pe întreaga suprafaţă a corpului şi se ştie ce bune rezultate dă revulsia pe regiunea sternală în angina de pept. Totul este numai, ca dermatita produsă prin băile electrice să nu aibă un răsunet defavorabil asupra funcţiunei rinichiului.

⁂

In therapeutica *boalelor rinichiului*, nu am de menţionat multe fapte noi.

Strauss (41), nu este partizanul *reducerei de lichide în nefrite*, după cum spuneam şi acum un an că lucrul a fost consiliat m. c. s. de Von Noorden. După Strauss, în cazurile de uremie ameninţătoare, lichidele nu trebuiesc reduse, chiar atunci când există hydropisii.

După câte am putut vedea, la cardio-renalii cu element cardiac predominant, dieta de lichide este bine suportată şi conduce la risipirea œdemurilor. Când din contra predomină factorul renal, reducerea lichidelor măreşte dyspnea în proporţii notabile.

Băile carbo-gazoase, au o reputaţiune bine stabilită şi bine meritată în tratamentul stărilor de hyposystolie. In nefritele cu hypertensiune, părerile sânt, cum spuneam şi acum un an, încă variabile.

In *lithiasa renală* (care nu trebuie câtuşi de puţin confundată cu podagra), Rosenfeld (42), consiliază între altele, administrarea de 10—15 gr. de uree pe zi; prin acest tratament s'ar micşora cantitatea de acid uric excretat pe de o parte şi s'ar menţine disolvat în urină pe de alta, evitând ast-fel formarea de concreţiuni.

Hürter (43), conchide într'o bună lucrare, că nu obţinem cu aceste băi o scădere notabilă, mai durabilă a presiunei arteriale; că totuşi o urcare notabilă nu este de temut; că turburările cardiace incipiente ale nefreticilor, nu sânt înlăturate prin băi.

Deci încă o dată, în nefritele cu hypertensiune, mai bine este să ne abţinem de a prescrie băi carbo-gazoase.

* * *

Terapeutica *boalelor nutriţiei*, ne oferă câteva lucrări noi, interesante din punct de vedere practic,

Regimul vegetarian în diabet, formează subiectul unei bune lucrări a lui Kolisch (44), care pune în evidenţă faptul că în unele cazuri de diabet grav, zahărul departe de a scădea prin regimul anti-diabetic vechiu (carne multă, prohibirea hydro-carbonatelor), nu face de cât să crească şi greutatea corpului să se micşoreze.

In aceste forme grave de diabet, Kolisch nu se teme de a institui un regim vegetarian cam de 1500 calorii, compus din legume verzi, unt, ouă, cartofi cu moderaţie, pâine de migdale, cu suprimarea cărnei. Dânsul afirmă, că timp de 10 ani, a obţinut cu acest regim rezultate foarte bune.

In realitate, cum spuneam şi în anul trecut, nu putem da reguli absolute pentru regimul diabetului în general, ci trebuie să individualizăm în mod riguros, stabilind prin analize de urină multiple, toleranţa faţă de principalele alimente.

Există cazuri de diabet puţin sensibile faţă de hydro-carbonate, în cari glycoza poate dispare prin reducerea parţială a acestei categorii de alimente; acestea sânt formele benigne.

In alte forme sensibilitatea organismului faţă de hydro-carbonate este enormă.

In fine sânt cazuri, în cari organismul este mai sensibil faţă de albuminoide de cât pentru hydro-carbonate; acestea sânt cazurile grave, în cari trebuie să restrângem albuminoidele la un minimum.

Pentru această din urmă categorie de cazuri, este mai cu seamă aplicabil regimul apărat de către Kolisch.

In materie de *podagră*, este neapărat trebuincios, dacă voim să ne dăm seama de cantitatea acidului uric ce provine din organism (acid uric endogen), iar nu din purinele introduse cu alimentaţia, să facem analize de urină, după un regim de mai multe zile, fără purine (lapte, pâine, unt, ouă, cartofi, etc., fără carne şi fără anumite leguminoase ce conţin purine).

Punându-se în aceste condiţiuni (regim fără purine), Fauvel (45) a văzut că excreţia de acid uric endogen şi de baze purinice, este micşorată subt influenţa *piperazinei*, deci efect cu totul contrariu celui ce ne aşteptam, după experienţele în vitro. *Bicarbonatul de sodă*, nu are nici o influenţă.

Acidul chlorhidric asupra căruia insistă din nou Falkenstein (46) în tratamentul uricemiei, nu măreşte după Fauvel excreţia de acid uric endogen.

Salicylatul de sodă, în doze de peste 1 gram, după Fauvel, pare să disolve mai bine acidul uric din ţesuturi, de cât substanţele enumărate mai sus.

Therapeutica raţională a podagrei, reclamă încă multe cercetări de control, făcute metodic, căci până acum, ne aflăm în plin empirism. Ca regim însă, sântem destul de bine fixaţi: trebuie să prescriem o alimentaţie cât mai săracă în purine, lucru ce se poate deduce din lucrările recente, relative la podagră, asupra cărora însă, nu pot insista aci.

Obesitatea, atunci când este constituţională, se modifică greu prin regim, după cum accentuează din nou Boas (47). Dânsul se pronunţă în contra curelor ce reduc greutatea în mod acut, cari pot fi primejdioase şi nu au o acţiune durabilă. Boas, instituie un regim în care suprimă grăsimele, reduce hydrocarbonatele, dar nu coboară albuminoidele prea mult. In plus, o zi pe săptămână, instituie o zi de post relativ cu: ceai, puţină pâine neagră, 2—3 ouă, un taler de bulion fără grăsime, mere. Cu această zi de post, a mai obţinut scăderi, chiar atunci când greutatea rămânea staţionară.

Tot în obesitate. Moritz (48) consiliază regimul de lapte absolut (preconizat de mult de către Debove), în cantitate de 1$^1/_2$ litru—2$^1/_2$ litru, după talia bolnavilor. După Moritz, avantagiile acestui regim sânt: că este simplu, nu e însoţit de sensaţia de foame şi sete ca în regimele obicinuite laptele fiind săţios. In fine, reducerea de greutate este importantă: într'un caz 21 kgr. mai puţin în 81 zile.

Tanturri (49), pretinde că a vindecat un caz grav de *osteomalacie*, prin metoda lui Bossi a injecţiilor cu *adrenalină* ($^1/_2$ miligram pe zi). După câteva săptămâni, bolnava a părăsit patul, la care era condamnată de 6 luni.

Merletti şi Angelli (50), semnalează o ameliorare mare prin acelaşi tratament.

Aşteptarea lucrărilor de control este lucru prudent, cu atât mai mult că observatorii germani, sânt sceptici în privinţa acestui mod de tratament.

* * *

In capitolele anterioare, am expus mai multe aplicaţii ale *agenţilor fizici* în boalele diferitelor mari aparate.

Rezum aci, încă câteva din lucrările mai interesante, în privinţa tratamentului prin agenţii fizici sau în privinţa modului lor de acţiune, căci un medic luminat trebuie să ştie neapărat pe de o parte modul de a lucra pe de altă parte indicaţiile dieteticei, agenţilor chimici sau fizici.

Acţiunea *excitaţiilor electrice asupra distribuţiei sângelui* în corpul uman, face subiectul unei lucrări a lui Geissler (51). El se serveşte de diferite moduri de aplicaţie ale electricităţei şi în special de baia electrică cu 4 celule a lui Schnée, una din celule fiind represintată printr'un plethymograf care înregistrează variaţiele de volum ale antebraţului.

Autorul conchide că organismul reacţionează faţă de o excitaţie electrică cutanată (curent galvanic, faradic sau alternativ), printr'o micşorare de volum a vaselor.

In acelaşi timp, de cele mai multe ori, presiunea arterială se ridică puţin şi numărul pulsaţiilor scade.

Concluziile pe cari le putem trage noi, este că băile electrice şi în special cele cu 4 celule, lucrează în mod analog celor carbogazoase şi îşi găsesc cam aceleaşi indicaţi, deşi par a fi mai puţin eficace. Aceste băi se mai întrebuinţează des în nevrosele vasculare.

Influenţa băilor cari conţin emanaţiuni de radium asupra schimburilor gazoase la om, a fost studiată de către Silbergleit (52). Dânsul nu a putut constata nici o influenţă asupra nutriţiunei generale, apreciabilă prin studiul schimburilor gazoase.

Această chestiune merită de alt-fel studii numeroase şi aprofundate.

Jakab (53), dând un regim fără purine, studiază *acţiunea băilor la diferite temperaturi* asupra acidului *uric endogen* şi găseşte, că băile sau aplicaţiile la 24° C., micşorează excreţia de acid uric, că cele la 40° nu o modifică în mod evident, că băile electrice cu sudaţie (60°8), măresc cantitatea de acid uric.

Winternitz (54), cunoscutul specialist în hydrotherapie, a obţinut foarte bune rezultate în arterio-sclerosa cu hypertensiune (deci complicată cu sclerosă renală), prin *fricţiunile parţiale scoţiane*, cari constituesc un procedeu nou, Aceste fricţiuni se execută în modul următor: se moaie o bucată de pânză în apă caldă la 40° şi se acopere cu dânsa o porţiune din corp, d. ex. membrul superior, exercitând în acelaşi timp fricţiuni. Apoi imediat se înlocueşte cu o aplicaţie la 8°—10° centigrade.

Temperatura rece se suportă foarte bine de către bolnavi, din punct de vedere subiectiv, după aplicaţia la 40°, ca şi în duşa scoţiană de alt-fel.

Rezultatul final al acestui mod de hydrotherapie consistă în: vaso-dilataţia pelei, scăderea presiunei arteriale, sensaţie plăcută de căldură, reacţie bună.

Lumina solară ar fi capabilă să vindece în mai multe şedinţe *psoriasisul* (Domenici), *tuberculosa osoasă* (Hischberg) (55), *peritonita tuberculoasă* (Scheinpflug) (56) şi multe alte boale.

Lucrul nu este imposibil, trebuie însă demonstrat prin serii mari de bolnavi, căci în materie de terapeutică vedem foarte des coincidenţe, cari nu implică numai de cât o acţiune curativă sigură, a unui anumit agent.

⁂

Faţă de numărul mare de *medicamente noi* de cari sântem inundaţi în fie-care an, trebuie să păstrăm o rezervă prudentă, cu toată atracţia pe cari ele o exercită asupra publicului. Mai toţi aceşti agenţi chimici nu îndeplinesc de cât o indicaţiune symptomatică, pe care foarte bine o putem realiza prin medicamentele cunoscute. Este bine, să lăsăm să treacă câtava vreme, înainte de a întrebuinţa substanţe, cari pot fi vătămătoare bolnavilor; ast-fel defectele sau calităţile vor eşi mai lămurit în relief.

Spre a ilustra această proposiţie, vă voi cita câteva exemple. *Formiatul de sodă*, care la un moment dat se consideră ca un excelent tonic al sistemului nervos, după cercetările experimentale ale lui Goodall şi Mitschell (57), este o substanţă toxică pentru cord, pentru muşchii periferici, grăbind din punct de vedere experimental, ivirea oboselei. *Maretina* (derivat al phenylhydrazinei), preconizată în mod călduros ca antitermic de dif. medici şi încă nu de primii veniţi (Rénon şi alţii) în febra tuberculoasă, în rheum. art. acut, în febra tifoidă etc., maretina a dat lui Part (58), accidente foarte grave ca subicter, anemie profundă. Fabrica de materii colorante din Elberfeld se pare că a retras acum această substanţă din comerţ, dupe ce a introdus'o cu multă reclamă.

Deci nici medicii şi mai cu seamă nici bolnavii, nu au nimic de perdut, întrebuinţând cât mai târziu noii agenţi chimici propuşi în scop terapeutic.

Cu aceste rezerve, vă citez din lista nesfârşită de medicamente noi apărute în timpii din urmă, câteva din ele, cari au fost propuse de cercetători cunoscuţi.

Ast-fel Impens (59), studiază resorbţia cutanată a câtorva eteruri ale acidului salicilic şi ajunge la concluzia că *spirosalul*, se absoarbe mai bine pe cale cutanată de cât salicilatul de methyl, de amyl, de cât mesotanul; că nu are nici un miros şi nu irită tegumentele. Medicamentul se poate întrebuinţa pe articulaţiile dureroase, în pensulaţie, o dată pe zi. In cazurile cronice se face un amestec cu alcool în părţi egale.

Eusthenina, o combinaţie de theohromină sodică cu iodur de sodium (51°/₀ theobromină, 42°/₀ iodur) este citată de către His /60), ca un medicament indicat în manifestările artero-sclerosei. Pulberea este puţin stabilă, dar substanţa se găseşte în soluţie cu sacharină şi se administrează în două până la 5 linguriţe pe zi.

Dessauer a studiat în serviciul Prof. Fraenkel, *euphyllina* (combinaţie de theocină cu œthylendiamină). Este vorba de un diuretic care în soluţie de 24°/₀ se poate injecta pe cale subcutanată (1—4 cmc.). In stările de insuficienţă a myocardului, acţiunea diuretică ar fi foarte bună, pe când acelaşi lucru nu se observă în afecţiile renale şi în special în nefritele interstiţiale înaintate. Din nenorocire, cam acelaşi lucru se observă cu toate substanţele reputate de a mări secreţia urinară. Interesul euphyllinei residă m. c. s. în faptul că este singurul diuretic injectabil pe cale subcutanată.

Aşi putea merge mult mai departe cu lista medicamentelor noi. Temându-mă însă, de a nu fi obligat să înregistrez prea multe rezultate negative anul viitor, prefer să mă opresc aci.

* * *

Rabelais, marele ironist din secolul XIV, a compus şi un calendar perpetuu în stil glumeţ, relativ la anotimpuri şi la principalele evenimente sociale. Aducându-şi aminte că era şi doctor în medicină, dânsul face următoarele pronosticuri: „anul acesta orbii „nu vor vedea de cât foarte puţin, surzii vor auzi destul de rău, „muţii nu prea vor vorbi... Bătrâneţea va fi incurabilă anul acesta „din cauza anilor precedenţi“...

Pe lângă aceste boale incurabile din pronosticurile lui Rabelais, mai există din nenorocire şi altele, cari scapă mijloacelor noastre de acţiune.

Aruncând însă o privire generală asupra procedeelor terapeutice mai importante ce s'au ivit în cursul anului şcolar trecut (căci de sigur nu le-am menţionat pe toate), vedem că progresele terapiei sânt lente, dar că totuşi ele nu pot fi tăgăduite. Dacă nu se găsesc în fie-care zi mijloace specifice de vindecare, cel puţin tratamentul symptomatic raţional dobândeşte o mai mare precisie, prin faptul că cercetările terapeutice se fac cu mai mult spirit ştiinţific ca în trecut.

In toate ramurele medicinei, se desvoltă o mare activitate şi se publică atât de multe lucrări, bune şi rele, încât cu mare greutate putem reuşi să ne ţinem la curentul mişcării ştiinţific. Direcţiile în cari dobândim impresia că se lucrează mai mult şi mai cu folos, sânt pe de o parte cercetările relative la imunitate, pe de alta cele de chimie biologică relative la schimburile nutritive în stare normală şi în stare patologică.

De sigur, că în aceste două mari direcţii, putem spera că se vor obţine, cât mai multe mijloace de prevenire sau de vindecare, ale boalelor.

Bibliografie

(1) Többen. Münch. Med. Woch. No. 49, 1907.
(2) Levy. Münch, med. Woch. No. 8, 1908.
(3) Flescner şi Jobling. Centralbl. f. im. Medizin. No. 36, 1908.
(4) Robb. Brit. med. Journ. 15 Febr. 1908.
(5) Bruch. Ann. de l'Institut Posteur de Punis, 1908, p. 81.
(6) G. Klemperer. Therapie der Gegenwart, Sept. 1908.
(7) Pescarolo şi Quadrone. Centralbl. f. inn. Medizin No. 40, 1908.
(8) Greenword. Practitioner, Mai 1908.
(9) Imman. Ibidem.
(10) White. Ibidem.
(11) Sutchiffe şi Bayly. Lancet, tug. 1907.
(12) Nikitin. Referat in Münch. und. Woch. No. 5, 1908.
(13) Bandel. Referat in Munch. med. Woch. No. 31, 1908.
(14) Moncorvo şi Pires. Ref. in Centralbl. f. inn. Medizin No. 36, 1908.
(15) Gérard şi Lemoine. Bulletin général de Thérapeutique, 8 Déc. 1908.
(16) Naegeli-Akerblom şi Vernier. Therap. Monntahefte Oct. 1908.
(17) Czerny. Münch. med. Woch. No. 6, 1908.
(18) Berliner. Münch. med. Woch. No. 12, 1908.
(19) Lion. Bullet: de la soc. méd. des hôp. de Paris, 1908.
(20) Schmidt. Verein der Aerzte im Halle. Ref. in Müuch. med. Woch. No. 5, 1908.
(21) Erich Meyer, Therap. Monatschefte. Aug. 1908.
(22) Wegele. Deutsche med. Woch. No. 1, 1908.
(23) Dutton Steele. Ref. in Centralbl. f. Bakt. Bd. XLII, p. 223.

Căpit. dr. I. SAIDAC

Etiologia şi patogenia lichenului plan

In 1867 Erasmus Wilson (1) isbuteşte a individualiza pentru totdeauna lichenul plan, care pe nedrept a fost alăturat şi chiar confundat cu o mulţime de alte maladii, ce erau descrise sub această denumire.

Autorul englez i-a dat numele de *„lichenus planus“*, însă din nefericire el recunoscu şi lichenul ruber al lui Hebra în această dermatoză. El zicea, că a înlocuit epitetul *ruber* prin cel de *planus*, spre a pune în relief unul din caracterele cele mai isbitoare ale erupţiunei, voind a vorbi de forma turtită a papulelor. Această apropiere autoriză Şcoala Vieneză a considera lichenul plan ca o simplă varietate a lichenului ruber descris de Hebra (2). Confuziunea se face şi dermatologia mai are a suferi din cauza aceasta.

Kaposi era reprezentantul cel mai autorizat al acestei şcoli şi el împreună cu toţi elevii fac din lichenul ruber două varietăţi principale : (3) *lichen ruber acuminatus* (lichenul ruber al lui Hebra) şi *lichen ruber planus* (lichen planus al lui Wilson).

Lichenul ruber acuminatus este caracterizat prin nişte papule diseminate, foarte dure la pipăit, de mărimea unui bob de mei, sau a unei gămălii de ac ; ele sunt roşi, conice şi poartă in vârf o mică scuamă epidermică. Cu timpul aceste papule se inmulţesc, devin confluente şi formează nişte suprafeţe difuse, scuamoase, de culoare roşie.

---

(1) Erasmus Wilson, Diseasesof the skin, London, 1867 p. 109.

(2) Hebra, Traité des maladies de la peau. Trad. Fr. de Doyon T. I. p 462.

(3) Besnier, Brocq, Jacquet. La Pratique Dermatologique T. III p. 174, 1902.

Lichenul ruber planus este caracterizat, la început, prin niște mici papule cu marginile bine definite, aproape totdeauna poligonale, ele sunt turtite, netede, lucitoare și nu prea rare ori se observă în centrul lor o mică ombilicație.

O mulțime de lucrări au fost publicate după aceia, spre a întări și pune pe baze mai sigure lichenul planus al lui Wilson, descriind în acelaș timp diferitele varietăți clinice, ce s'au observat. Nu menționez aceste lucrări, de oare-ce interesul lor nu mai e așa mare, căci toți autorii sunt de acord în a admite ca tip clinic această dermatoză.

Totuși nu pot trece fără să citez un memoriu publicat de Unna în 1886 (1), care coprinde istoricul clinic și tratamentul lichenului ruber. După acest autor, lichenul ruber coprinde 3 varietăți bine distincte: 1) *lichenul ruber acuminatus;* 2) *lichenul ruber obtusus;* 3) *lichenul ruber planus.* Insă Robinson (2), susține în 1888 opiniunea, ce o emisese în 1883, că nu este nici o asemănare între lichenul ruber și lichenul planus. Taylor (3) și G. H. Fox (4) sunt de asemeni foarte categorici în a admite zisele lui Robinson.

Cu toate astea chestiunea nu se clarifică de cât în fața Congresului de Dermatologie din Paris de la 1889 (5), dându-se dreptate celor ce susțineau că, nu e nici o asemănare între lichenul ruber și lichenul plan.

Dar dacă toți autorii sunt de acord în această privință, nu tot așa stă chestiunea etiologiei și patogeniei acestei maladii. Asupra acestui punct discuția se continuă, de oare-ce faptele clinice și toate cercetările științifice făcute în acest scop nu au dat rezultate concordante.

Etiologia. — Lichenul plan este o maladie, ce se observă, mai cu seamă, la adulți; el se observă foarte rar în prima copilărie şi la bătrâneţe. Hallopeau şi Compain (1) au descris un caz la un copil de 15 luni, Kaposi la un altul de 8 luni şi Brocq (2) a observat un asemenea caz la vârsta de 4 luni.

---

(1) P. G. Unna, Clinical history and treatment of lichen ruber Medical Buletin Philadelphia 1886.

(2) A. R. Robinson, Lichen ruber and lichen planus, New-York med. Record 1883.

(3) Taylor, Lichen ruber as observed in America and its distinction from lichen planus New-York med. journal 5 Janvier 1889.

(4) G. H. Fox, the non identy of lichen planus and lichen ruber. Association dermatol americaine, 19 sept. 1888.

(5) Comptes rendus du I-er Congrès international de dermatologie et de syphiligr. p. 16 1889.

Această dermatoză e mai frecventă la bărbaţi, ca la femei. Ea se observă la subiectele nervoase, emotive. Gaucher (3) face din această afecţiune o diateză, ce să observă la neuro-artritici, iar iritaţia continuă determină localizările erupţiunei.

Ast-fel explică faptul că, erupţiunea se observă foarte des pe partea anterioră a regiunei radio-carpiene, pe faţa anterioară a gambelor, pe şolduri la femeile corsetate, pe gât, pe penis, pe faţa dorsală a limbei şi pe mucoasa bucală, la nivelul spaţiilor intermaxilare. Lucru foarte just, căci acestea sunt punctele corpului cele mai expuse traumatismelor uşoare.

Natural, lichenul plan poate avea şi alte localizări, însă mult mai rare. Hallopeau publică un caz foarte demonstrativ în această privinţă, la care erupţiunea e în formă de cravată (4) şi e limitată numai pe părţile ce se găseau în contact cu gulerul cămăşei. Observaţia II-a, ce voi insera la sfârşit, e aproape identică acestia, fiind-că pe gâtul bolnavului se observă două strii lineare de papule lichenoide, care corespund exact marginilor gulerului cămăşei.

Patogenia. — Trei sunt teoriile mai de seamă, care au fost susţinute în această privinţă; *discrazică, parazitară* şi *nervoasă*.

Teoria discrazică a fost invocată de Leredde (5) bazându-se pe un caz, ce l'a prezentat Societăţei de Dermatologie şi Sifiligrafie din Paris, la şedinţa din 11 Iulie 1895. Era vorba de o femeie în etate de 48 ani, isterică, atinsă de lichen plan tipic. Tot pe această bolnavă se mai observă câteva bule şi mari placarde pigmentare în plicile abdomenului şi ale scobiturei poplitee. Se mai remarcă faptul că, numita pacientă era anemică şi că regulile îi erau suprimate de la vârsta de 20 ani. Examenul sângelui dă o cantitate anormală de eosinophile.

Bazat pe aceste fapte, Leredde crede, că lichenul ar fi fost provocat printr'o alteraţie sanguină, ce ar fi secundară turburărilor nervoase constante. Tot pe sama alteraţiunilor de acest soi pune şi faptul că, pruritul, gratajul şi cel mai mic traumatism sunt provocătoarele erupţiunei în lichenul plan, însă zisele lui sunt combătute de Darier şi Besnier.

---

(1) Hallopeau et Compain. Sur un cas de lichen de Wilson chez un enfant de 15 mois Annales de dermat. et de syph. p. 225 1900.

(2) Besnier, Brocq et Jacquet, trat. citat.

(3) E. Gaucher. Traité des maladies de la peau 1895.

(4) Hallopeau, Lichen plan en cravate S. F. D., 1896.

(5) Leredde, Lichen plan bulleux; pathogénie de la maladie (semaine med. 1895, p. 306).

H. G. Brooke (1) crede că, lichenul plan depinde de infectarea organizmului printr'o toxină, ce are o influenţă deprimantă asupra sistemului nervos, iar depresiunea nervoasă este prima manifestare a lichenului.

Thurston G. Lusk (2) consideră manifestaţiile lichenoide ca nişte sifilide de origină ereditară, sau câştigată. Părerile acestor doi autori nu sunt admise în tratatele clasice.

Teoria parazitară inaugurată prin cercetările lui Lassar, care a descris în spaţiile limfatice şi în ţesutul conjunctiv al papulelor nişte bacili scurţi, fini, ce formează nişte grămezi zoogleice.

Această părere a fost susţinută de asemeni de Unna şi în special de Hallopeau (3) care afirmă că a văzut, de mai multe ori foarte clar, cum afecţiunea începe prin nişte orificii glandulare. Această constatare dă ideia unei invaziuni infecţioase prin aceste orificii. De altă parte afirmă că, se poate urma formarea elementelor de origină glandulară, pe care o compară cu aranjarea sifilidelor în grup, unde se poate vedea ridicătura centrală sub formă de papulă, ori tubercul, ce se înconjoară de alte elemente mai tinere şi mai puţin pronunţate. In favoarea acestei aserţiuni invoacă şi medicamentele ordonate, care toate sunt nişte paraziticide, afară de duşurile calde.

Mai departe arată că papulele sunt dispuse aşa de des în serii lineare, ce corespund urmelor de grataj, aşa că aranjamentul lor se aseamănă cu acele serii de „*Verrues planes*“ afecţiune eminamente parazitară.

In sfârşit, Brocq (4) a observat o femeie tânără, la care erupţiunea de lichen plan s'a desvoltat în timp ce ea îngrija pe soţul ei, care suferea de aceiaşi dermatoză de mai multe luni. De asemeni la o altă femeie, ce îşi îngrija fiica atinsă de lichen plan, tot Brocq a remarcat, după câtva timp, pe faţa anterioară a regiunilor radiocarpiene elementele cele mai tipice ale acestei afecţiuni.

---

(1) H. G. Brooke, the British Journal of. dermat. p. 435 1900.

(2) Thurston G. Lusk. Journal of cutan. and. genito-urinary discases, mai 1901 p. 223.

(3) H. Hallopeau et L. E. Leredde. Traité pratique de dermatologie 1900 p. 880.

(4) Besnier, Brocq, Jacquet. Trat. citat.

Ormerod (1) a observat un caz de lichen plan la un subiect, a cărui mamă şi soră avea această maladie.

Jadassohn (2) a pus în evidenţă un oare-care număr de fapte analoage observate de Keyes, Hamacher, Lustgarten, Ledermann, Heidingsfeld, etc. El priveşte această dermatoză ca o maladie infecţioasă, însă nu conchide în mod categoric, căci îi place a vedea în citatele de mai sus mai mult nişte simple coincidenţe, nişte predispoziţiuni şi această concluzie e cea mai raţională, de oare-ce toate cercetările microscopice, ulterioare observaţiilor lui Lassar, n'au confirmat descoperirea lui şi ipoteza naturei microbiene a lichenului plan pare a fi în prezent lăsată în uitare de toată lumea.

Teoria nervoasă. Origina nervoasă a lichenului plan presupusă de Fox, Hutchinson, Mackensie, afirmată de Besnier, Köbner nu era încă admisă de toţi specialişti în materie. In 1891 însă, Jacquet (3) demonstrează aproape până la evidenţă aceasta. Bazat pe cercetările sale asupra urticariei acute şi a dermatozelor pruriginoase în general, el afirmă că, *pruritul este cauza erupţiunei, el nu este consecutiv leziunei.*

Impreună cu Brocq aplică aceste date *lichenului simplex de Vidal,* a cărui origină nervoasă a fost foarte bine indicată de Cazenave. Au arătat că leziunea cutanată a acestei maladii este produsul traumatismului local şi că leziunea în sine nu este de cât un stigmat în relief al nervosismului, ce e rău studiat, nu tocmai bine definit până în prezent. Pentru aceste motive au dat lichenului simplex numele de *nevrodermite.* Denumire, care pare a fi admisă de toţi autorii clasici, căci e conformă cu origina dermatozei.

Alături de aceste nevrodermite Jacquet clasează şi lichenul plan, de oare-ce şi în această afecţiune simptomele nervoase preced leziunile cutanate şi ele dispar sub influenţa sedaţiunei sistemului nervos, fără vre-o intervenţie locală. Pentru a sprijini aceste date, aduce 7 observaţiuni de lichen de Wilson din cele mai convingătoare.

---

(1) Ormerod, The British Journal of dermatology. Décembre 1900 p. 442.

(2) Jadassohn, Beiträge zur kenntniss des Lichen nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie, Festschrift zu Ehren von Kaposi, 1900.

(3) L. Jacquet, Nature et traitement du Lichen de Wilson. Semaine méd. 1891 p. 508.

Pe acest număr, de patru ori tara nevropatică era ereditară. El numără 6 femei printre cei 7 bolnavi, toate impresionabile, emotive, nervoase la exces, fără a putea găsi vre-un stigmat de isterie. Din interogator reiese destul de clar, că pruritul şi gratajul erau anterioare erupţiunei. O probă şi mai convingătoare e tratamentul. Şase dintre bolnavi n'au făcut de cât duşuri calde zilnic, timp de 3—4 minute; s'au abţinut de la vin, cafea şi alcool. După 25 zile, trei erau aproape vindecaţi; restul de trei erau numai amelioraţi, căci acestia au început tratamentul mai târziu.

Tot Jacquet vorbeşte de o observaţie a lui Jeanselme, în care caz erupţia lichenoidă e distribuită sub forma de lungi striaţiuni lineare, iar bolnavul afirmă categoric, că această erupţiune a fost precedată de o mâncărime şi un grataj irezistibil. In acelaş sens Jacquet a prezentat un bolnav la Societatea de dermatologie, care privit de la distanţă făcea impresia unui phtiriazic cu leziunile de grataj caracteristice pe regiunea cervico-dorsală. Privit însă de aproape, se observă acel luciu clasic al erupţiunei din lichenul plan. Pe acelaşi pacient Jacquet a putut provoca, în câteva zile, prin fricţiuni puternice cu o baghetă netedă, o dungă lichenoidă foarte caracteristică, deci aceiaşi *dermografie* ca şi în urticarie.

Whitfield (1) crede, că lichenul plan se desvoltă pe subiecte nervoase, în urma unor violente emoţiuni, necazuri, preocupaţiuni etc. Câte odată erupţiunea se însoţeşte de insomnie, agitaţiuni, dureri de cap, ea însă dispare imediat ce excitabilitatea nervoasă cedează prin mijloace apropiate şi mai ales când pruritul e mai puţin intens.

Localizaţiunile, ce urmează traectele nervoase, sunt autentice. Faptele publicate de Djélalédin-Moukhtar (2) Danlos, Hallopeau şi Gardner (3) nu lasă nici o îndoială în această privinţă. Sediul lor de predilecţie e membrul inferior.

Cea mai mare parte din dermatologişti sunt de acord in a conchide, că lichenul plan e o afecţiune de origină nervoasă şi lucrările lui Colcott Fox, Köbner (1) Lindetrem (2) par a fi stabilit pentru totdeauna această opiniune. Brocq (3) admite origina nervoasă, însă nu crede că pruritul şi gratajul sunt indispensabile.

---

(1) Whitfield, The British, Journal of Dermatol. décembre 1900 p. 436.

(2) Djélaléddin-Moukhtar. Lichen plan unilateral. Semaine méd. 1891 p. 60.

(3) H. Hallopeau et L. E. Leredde. Trat. cit. p. 879.

Hallopeau neagă cu desăvârşire rolul pruritului în producerea leziunilor lichenoide şi ca argument aduce scabia, unde pruritul e foarte manifest şi cu toate astea nu se observă papule de lichen. Ori observaţia I-a, ce se poate vedea la sfârşitul articolului, demonstrează în mod evident că şi pruritul scabios poate provoca erupţiunea lichenoidă, dacă gratajul durează mai mult timp şi dacă terenul e propice. Mai mult Hallopeau spune, că pruritul lipseşte în leziunile bucale, bolnavul nu are nici o sensaţie anormală, aşa că el ignorează maladia ce are. Dar observaţia V-a dovedeşte pe deplin, că sunt cazuri când bolnavul are o gâdilitură caracteristică, iar această sensaţie e aşa de neplăcută, în cât bolnavul simte nevoia de a-şi muşca locurile dureroase, iar acest traumatizm e de sigur antemergător leziunei bucale de lichen.

Dubreuilh (4) crede de asemeni că, pruritul n'are nici o însemnătate în această dermatoză, însă origina nervoasă nu i-o poate contesta. După cum se vede toţi autorii sunt de acord a admite origina nervoasă a lichenului plan, dar nu toţi voiesc a recunoaşte zisele lui Jacquet, care spune că pruritul şi deci gratajul consecutiv lui e cauza erupţiunei. Cu toate astea, acest fapt e foarte evident, căci aproape toţi dermatologiştii sunt de acord în a admite că, lichenul plan e localizat pe acele părţi ale corpului, care sunt mai expuse iritaţiunei. Gaucher e foarte categoric în această privinţă, şi cu drept cuvânt, de oare-ce iritaţia este tot un proces mecanic ca şi gratajul şi după cum iritaţia poate provoca apariţia erupţiunei la persoanele predispuse, tot aşa de bine şi gratajul poate avea acelaşi efect la subiectele în chestiune.

Pe 7 cazuri de lichen plan, ce voi descri la sfârşit, la toate am găsit o nervositate oare-care, o susceptibilitate deosebită, fără vre-un simptom obiectiv. Pruritul a lipsit numai o singură dată, deci şi gratajul consecutiv lui, însă el era înlocuit printr'o iritaţie continuă, permanentă (a se vedea observaţia III-a). Printr'un interogator, făcut lucrările lui Colcott Fox, Köbner (1) Lindetrem (2) par a fi stabilit pentru totdeauna această opiniune. Brocq (3) admite origina nervoasă, însă nu crede că pruritul şi gratajul sunt indispensabile.

---

(1) Köbner, zur Pathologie des Lichen ruber. Berliner klin. Woch 1887.

(2) A. Lindetrem. Contribution à l'étude de l'étiologie du lichen ruber, nars 1898 p. 94.

(3) L. Brocq. Traité Elementaire de Dermatologie. Pratique 1907 p. 220.

(4) W. Dubreuilh. Précis de Dermatologie, 1904 p. 350.

Hallopeau neagă cu desăvârşire rolul pruritului în producerea leziunilor lichenoide şi ca argument aduce scabia, unde pruritul e foarte manifest şi cu toate astea nu se observă papule de lichen. Ori observaţia I-a, ce se poate vedea la sfârşitul articolului, demonstrează în mod evident că şi pruritul scabios poate provoca erupţiunea lichenoidă, dacă gratajul durează mai mult timp şi dacă terenul e propice. Mai mult Hallopeau spune, că pruritul lipseşte în leziunile bucale, bolnavul nu are nici o sensaţie anormală, aşa că el ignorează maladia ce are. Dar observaţia V-a dovedeşte pe deplin, că sunt cazuri când bolnavul are o gâdilitură caracteristică, iar această sensaţie e aşa de neplăcută, în cât bolnavul simte nevoia de a-şi muşca locurile dureroase, iar acest traumatizm e de sigur antemergător leziunei bucale de lichen.

Dubreuilh (4) crede de asemeni că, pruritul n'are nici o însemnătate în această dermatoză, însă origina nervoasă nu i-o poate contesta. După cum se vede toţi autorii sunt de acord a admite origina nervoasă a lichenului plan, dar nu toţi voiesc a recunoaşte zisele lui Jacquet, care spune că pruritul şi deci gratajul consecutiv lui e cauza erupţiunei. Cu toate astea, acest fapt e foarte evident, căci aproape toţi dermatologiştii sunt de acord în a admite că, lichenul plan e localizat pe acele părţi ale corpului, care sunt mai expuse iritaţiunei. Gaucher e foarte categoric în această privinţă, şi cu drept cuvânt, de oare-ce iritaţia este tot un proces mecanic ca şi gratajul şi după cum iritaţia poate provoca apariţia erupţiunei la persoanele predispuse, tot aşa de bine şi gratajul poate avea acelaşi efect la subiectele în chestiune.

Pe 7 cazuri de lichen plan, ce voi descri la sfârşit, la toate am găsit o nervositate oare-care, o susceptibilitate deosebită, fără vre-un simptom obiectiv. Pruritul a lipsit numai o singură dată, deci şi gratajul consecutiv lui, însă el era înlocuit printr'o iritaţie continuă, permanentă (a se vedea observaţia III-a). Printr'un interogator, făcut cu multă inzistenţă, am constatat că în totdeauna pruritul era anterior leziunei şi că erupţiunea lichenoidă e consecutivă gratajului şi în mare legătură cu starea de supra-excitare a bolnavului. Aşa observaţia IV-a e foarte demonstrativă. O femeie foarte susceptibilă, devine de o nervositate rară în timpul sarcinei; un prurit intens o turmentă şi mai mult, în cât se scarpină până la sânge. După trei luni de grataj, se pot observa elementele cele mai clasice ale lichenului plan.

---

(1) Köbner, zur Pathologie des Lichen ruber. Berliner klin. Woch 1887.

(2) A. Lindetrem. Contribution à l'étude de l'étiologie du lichen ruber, mars 1898 p. 94.

(3) L. Brocq. Traité Elementaire de Dermatologie. Pratique 1907 p. 220.

(4) W. Dubreuilh. Précis de Dermatologie, 1904 p. 350.

Pe mulagiul No. 2175 din Muzeul Spitalului «Saint Louis", Paris, se poate observa un caz tipic de lichen plan generalizat, a cărui erupţiune e dispusă în formă lineară şi se poate remarca destul de bine, că ea este desvoltată pe leziunile de grataj. De alt-fel, Du Castel (1) afirmă în observaţia bolnavului, căci cazul îi aparţine, că papulele lichenoide par a fi provocate de un grataj irezistibil. Deci nu e de ajuns starea nervoasă a individului pentru producerea maladiei, ci la aceasta mai contribue şi pruritul, iar ca consecinţă a acestuia gratajul.

Ori, dacă nu există grataj, traumatismele uşoare, repetate timp îndelungat, pot fi locul de chemare al erupţiunei. Localizările dermatozei sunt argumentul cel mai puternic, iar observaţia III-a e foarte categorică în această privinţă. Un subiect nervos are o ernie inguinală stângă, îi e teamă de operaţie, pentru care motiv i se recomandă un bandaj protectiv, ce-l poartă de 20 ani. Frecătura continuă a acestui bandaj îi provoacă pacientului, după 10 ani, un placard de lichenificaţie tipică, pe care se observă papule caracteristice de lichen plan. Nimic mai evident ca aceasta.

Deci, ca *concluzie, origina nervoasă a lichenului plan rămâne necontestată şi gratajul consecutiv pruritului, sau traumatismele repetate sunt punctul de chemare al erupţiunei.*

Observaţia I-a (2) A. W., în etate de 31 ani, acuză o mâncărime vie a corpului de mai mult de un an.

Nimic important în antecedentele colaterale; pacientul are părinţii nervoşi, el e de asemeni, mărturiseşte că ast-fel a fost din copilărie. Nimeni din familie n'a suferit de vre-o maladie ca a sa.

---

(1) Du Castel. Bulletin de la Société de Derm. et de Syph. 1901 p. 281.

(2) Toate observaţiile le-am cules la consultaţiile gratuite ale Spital. „Saint-Louis", Paris.

Istoricul boalei. Acum un an a fost suferind de scabie, afecţiune diagnosticată şi tratată la Spitalul Saint Louis, Paris. Erupţiunile numitei boale dispar după tratament, însă pruritul perzistă cu aceiaşi tărie şi pare că e mai manifestă în regiunile axilare, unde se scarpină în mod oribil. De vre-o şase luni a observat, pe păretele anterior al axilei stângi, o mică bubuliţă de culoare roşie închisă; puţin după aceia observă alta de aceiaşi culoare pe păretele anterior al axilei drepte. Aceşte bubuliţe cu timpul se înmulţesc, până ce formează nişte adevărate placarde pe regiunile numite.

Starea prezentă. Pacientul, de statură mijlocie, are ţesutul osos şi muscular bine desvoltat, cel celular subcutanat e în condiţii normale. Acuză o mâncărime foarte pronunţată a tegumentelor, ce e mult mai manifestă în regiunile axilare. Pruritul e aproape insuportabil sub influenţa căldurei patului. Pe păreţii anteriori ai axilelor se observă două placarde de culoare roşie închisă, ce au o lungime de aproape cinci centimetri şi o lărgime de 2 cm. Pe placarde se pot distinge cu multă dificultate papulele confluente, de aceiaşi culoare, iar pe marginile lor se pot observa alte papule mai izolate, de mărimea unui bob de linte; acestea sunt turtite cu marginile aproape poligonale şi de o culoare roşie pală. Imprejurul placardelor însă, la o oare-care distanţă, se pot observa 3—4 papule absolut izolate, ce sunt turtite, poligonale, lucitoare şi una sau două puţin ombilicate. Pe antebraţe şi faţa dorsală a mânilor se observă numeroase vesico-pustule, cu o serozitate turbure. Unele sunt chiar purulente, iar altele sunt acoperite de cruste, ce au mărimea unei piese de 0.50 bani. Tegumentele printre aceste elemente sunt puţin îngroşate, ele sunt puţin infiltrate şi împrejurul placardelor de pe regiunile axilare. Nimic important din restul examenului.

Observaţia II-a S. D. în etate de 17 ani, se plânge de uşoare mâncărimi ale corpului. Are părinţi sănătoşi, n'are nici un frate. In copilărie a fost suferind de rugeolă, scarlatină şi în cele din urmă de un abces rece. Slăbit de aceste boale, numitul e de o nervositate şi susceptibilitate excesivă.

Starea prezentă. Bolnavul, de talie mijlocie, e foarte debil; se plânge de un prurit, ce e mai manifest pe regiunea cervicală. Procedând la examenul local, se observă pe numita regiune două serii de strii lineare, de culoare roşie închisă.

La suprafaţa lor pelea e puţin îngroşată şi din distanţă în distanţă se observă mici papule turtite, de culoare roşie pronunţată; ele sunt lucitoare şi cu marginile poligonale. Striaţiunile lineare sunt lungi de 5—6 c. m. şi largi de 3—4 mm. Dacă s'ar uni aceste striaţiuni între ele printr'o linie fictivă, am putea obţine două circonferinţe, din care una situată în partea superioară a regiunei cervicale şi alta în partea inferioară a aceleiaşi regiuni. Aceste circonferinţe ar corespunde exact marginilor gulerului cămăşei. Nimic important nu reiese din examenul făcut pe restul corpului.

Observaţia III-a. E. N. în etate de 65 ani, vine a consulta pentru o eczemă cronică a regiunei scrotale. In acelaşi timp bolnavul poartă un bandaj erniar protectiv, care din întâmplare îi cade în timpul examenului medical şi atunci se observă, deasupra plicei inguinale stângi, un placard de culoare roşie închisă, de mărimea podului palmei, iar la suprafaţa lui pelea e cadrilată, mult îngroşată şi dură la pipăit. In centrul placardului se observă mici eroziuni, iar pe marginile lui se observă câteva papule de mărimea unui bob de mei, de culoare roşie lividă, ele sunt turtite, lucitoare şi cu marginile aproape poligonale. Placardul corespunde exact punctului de sprijin al bandajului pe păretele abdominal. Intrebat cu inzistenţă, pacientul neagă cu desăvârşire vre-o mâncărime, sau altă sensaţie la nivelul leziunei. Examinat, pe restul corpului nu se mai găsesc leziuni de acest soi. Tegumentele scrotale sunt puţin îngroşate. Bandajul îl poartă de 20 ani, iar placardul de sub el îl observă de vre-o 10 ani.

Pacientul e de o nervositate caracteristică din copilărie, foarte fricos, din care cauză n'a voit să accepte a fi operat. Nimic important din partea celorlalte antecedente şi restul examenului.

Observaţia IV-a M. E., lucrătoare, în etate de 30 ani, necăsătorită, se plânge de o mâncărime excesivă pe tot corpul. Are tată sănătos; mama moartă, la vârsta de 60 ani, în urma unei boale de scurtă durată. Mai are doi fraţi, ambii sănătoşi. Nimic important în antecedentele bolnavei, afară de o nervositate manifestă de la începutul sarcinei, căci numita e însărcinată în a 4-a lună. Ca istoric al boalei, pruritul datează de vre-o trei luni, iar de o lună, pacienta a început să observe mici pete rozacee pe corp.

Starea prezentă. Bolnava, de bună constituţie, are ţesutul osos şi muscular suficient desvoltate, cel celulo-adipos e în condiţiuni normale. Acuză o mâncărime excesivă a pelei şi prezintă trei placarde de mărimea unei piese de 5 fr. de culoare roşie deschisă; dintre care unul, de formă eliptică, pe plica cotului stâng, având diametrul cel mare în direcţia lungimei membrului superior corespunzător, altul în scobitura poplitee stângă şi un al 3-lea pe abdomen, în stânga ombilicului. Pe suprafaţa acestor placarde, ce sunt sensibil infiltrate, se observă o serie de mici şanţuri, perpendiculare unele pe altele şi formând acel quadrilagiu clasic. Prin grataj se pot ridica nişte scuame albicioase, foarte subţiri, iar dedesubt se observă câteva papule conice, de mărimea unei mici gămălii de ac. Se mai observă două placarde de acest fel, însă mult mai mici, pe păreţii anteriori ai axilelor. Pe aproape toată suprafaţa corpului se observă mici papule turtite, de mărimea unui bob de mei; unele mai mari, altele mai mici. Ele sunt manifest poligonale, de culoare roşie închisă şi privite lateraliceşte au un aspect lucitor. Majoritatea papulelor sunt izolate, însă uneori se observă mici grupe, unde ele sunt confluente. Restul examenului nu dă nimic important.

Observaţia V-a. M. E., în vârstă de 30 ani, originar din Africa, destul de nervos, se plânge de uşoare gâdilituri ale mucoasei bucale, ce datează de vre-o 3—4 luni. Puţin în urmă, a observat pe părţile supărătoare nişte pete de un alb caracteristic, care se măresc din ce în ce. Gâdiliturile sunt aşa de jenante, în cât bolnavul îşi muşcă regiunile sensibile, spre a se calma. La examenul local se constată pe dosul limbei o pată albă cenuşie, de mărimea unei piese de 0,50 bani, ce e mai mult eliptică şi are marginile bine definite. La nivelul acestei pete, prin pipăit, se remarcă o foarte uşoară rezistenţă. Pe partea internă a obrajilor, în spaţiile intermaxilare, se observă de asemeni două pete albe cenuşii, lungi de 2 cm. şi late de 3—4 mm.; ele au marginile neregulate, cu dinţături profunde, reamintind forma clasică de foi de feregă. Examinat cu deamănuntul, pe restul corpului nu se constată nici o altă urmă de lichen plan. Nimic important în antecedente, ca şi în restul examenului.

Observaţia VI-a. F. N., în etate de 12 ani, acuză un prurit intens de câteva luni. E foarte nervos, părinţii săi de asemeni. Nimic important în restul antecedentelor. De vre-o lună a observat nişte mici bubuliţe pe corp, care într'o săptămână i-au acoperit toată pelea.

Starea prezentă. Bolnavul, bine constituit, are țesutul osos și muscular suficient desvoltate pentru vârsta sa. Acuză un prurit intens și un grataj irezistibil. Pe suprafața corpului se observă presărate o mulțime de papule turtite, de mărimea unui bob de linte. Unele sunt mai mari, altele mai mici, ele au o culoare roșie închisă și sunt mult mai numeroase pe trunchi.

Aproape toate papulele au marginile poligonale, sunt lucitoare și puțin dure la pipăit. La unele din ele se remarcă o mică ombilicație în centru.

Nimic important din restul examenului.

Observația VII-a. W. J., în etate de 22 ani, se plânge de un prurit intens, ce e mai manifest la încheeturile coatelor. Bolnava e foarte nervoasă. Nimic important în restul antecedentelor. De vre-o șase luni are ușoare mâncărimi pe tot corpul, iar de trei luni pruritul e mai puternic. Tot de atunci a remarcat că în plicile coatelor îi apar două pete, care sunt foarte pruriginoase, în cât trebuie să se scarpine în permanență.

Starea prezentă. Bolnava, bine constituită, are țesutul osos și muscular bine desvoltate. Acuză un prurit intens, ce e mai manifest pe plicile coatelor. Prin examenul local, se constată pe fața anterioară a cotului drept un placard de culoare roșie pală, de mărimea unei piese de 5 fr. Pe suprafața placardului se observă, cu multă ușurință, două serii de mici șanțuri, ce sunt perpendiculare unele pe altele, iar tegumentele la acest nivel sunt îngroșate. Pe fața anterioară a cotului stâng se observă de asemeni un placard, ce are aceleași caractere ca cel d'întâi, însă ca mărime e ca o piesă de 0,50 bani. Nimic important nu reiese din restul examenului. Se ordonă tratamentul și la o săptămână pacienta revine. Atunci se observă, pe suprafața celor două placarde, câteva papule de culoare roșie închisă, de mărimea unui bob de mei. Ele sunt turtite, lucitoare și cu marginile aproape poligonale. Pe restul corpului nu se constată vre-o erupțiune de acest fel.

LUCRĂRI DE OBSTETRICĂ

Dr. CONSTANTIN DANIEL

Studiu clinic asupra lactaţiunei

(Fenomenele mamare cari însoţesc secreţia lactată. Turburările şi variaţiunile galactogenesei la femeie. Trecerea în lapte a diastaselor patologice şi a microbilor).

Instalarea secreţiei lactate precum şi funcţionarea glandelor mamare în timpul leuziei se traduc la femeie printr'o serie întreagă de simptome locale şi generale cari constitue: *fenomenele clinice ale lactaţiunei* (1)

Intr'un memoriu anterior (2) am studiat fenomenele fisiologice cari se petrec în mamele după expulzarea fetului şi am arătat cum aceste organe departe de a se comparta ca simple glande cu secreţie externă, constitue din contră aparate mult mai complexe, cu funcţiuni înalte şi multiple, în legătură întinsă cu principalele viscere şi aparate glandulare ale organizmului.

In adevăr, femeia care alăptează trebuie zilnic să producă o cantitate determinată de albuminoide, de zahăr, de grăsime şi de materii minerale destinate nutriţiei copilului. Traduse în calorii, aceste substanţe reprezintă 670 calorii (Vitry), ceea-ce face $^1/_3$ din raţia alimentară a femeiei normale în repauz. Pentru ca aceste substanţe să treacă în lapte, trebuie să admitem că tot organizmul participă la fabricarea materialelor necesare secreţiei lactate. Ficatul este cel mai activ; el opreşte grăsimile şi fabrică probabil, după Vitry (1), glicosa care trece în lapte. Perderea continuă de materii albuminoide sub formă de caseină aduce după sine modificări în nutriţie, în oxidaţiile azotate, în alcalinitatea normală generală. In fine, sistemul nervos, sângele, prezintă turburări şi alteraţiuni importante.

---

(1) A se consulta: Boutequoy, Etudes cliniques sur la lactation et l'allaitement (Thèse de Paris, 1854). — Delore, articolul „Nourrice" din dicţionarul Ştiinţelor medicale de Dechambre. — Marfan, Traité de l'allaitement, 2-e édit., 1903, Paris. — Budin, Manuel pratique d'allaitement, 2-e édit., 1907, Paris.

(2) Constantin Daniel, Lactaţiunea la femeie. Studiu fiziologic normal şi experimental (Revista ştiinţelor medicale, No. 9-10, Septembre-Octombre, 1908, Bucureşti).

Or, aceste modificări sunt suficiente pentru a ne face să presimţim că organizmul femeei care alăptează posedă funcţiuni noi şi variate. Schimbările anatomice ale ficatului, ale sângelui, modificările funcţionale ale nutriţiei generale (care e diminuată), în fine o serie de alte fenomene vin să turbure la doică lezile fiziologice generale. Lactosuria, demineralizarea organizmului, auto-intoxicaţia determinată prin dispariţia emonctorului menstrual, funcţionarea insuficientă a ficatului (Vitry), etc., *ne arată în deajuns că fisiologia femei în lactaţie se depărtează de cea normală.*

Şi tocmai aceste condiţiuni speciale în care se găseşte organizmul femeei care alăptează m'au autorizat a da o extensie mai mare puerperalităţei, a engloba lactaţia în studiul leuziei *şi a considera pe doică ca dependentă de starea puerperală* (2), ceea-ce Hervieux (3) de mult exprimase în numele clinicei zicând: *„l'allaitement prolonge l'état puerpéral"* (4). Anterior bazat numai pe clinică şi pe cunoștințele fiziologice susținusem că leuzia constitue *o stare fiziologică;* dar cercetările experimentale din timpii din urmă ne-au arătat că lactația, funcțiune normală, produce în nutriția generală modificări importante și crează la femeia care alăptează o stare fiziologică specială, o *„dialeză tranzitorie“* cum ziceau vechii autori, care poate diminua rezistența organizmului față de infecțiuni și intoxicațiuni. Și această stare de minimă rezistență, de predispoziție morbidă, devine un pericol permanent pentru organizm (1).

---

(1) Vitry, Physiologie de la Nourrice, (Thèse de Paris), 1905.

(2) Constantin Daniel, Contribuţiuni la studiul descriptiv al leuziei normale (Revista de chirurgie, Iulie, 1907)).

(3) Hervieux, Maladies puerpérales, p. 1043, Paris.

(4) Această concepţie clinică este justificată până la un oare-care punct de analiză chimică. In acest ensemblu de modificaţiuni suntem frapaţi d'a regăsi pe acele impuse organizmului de sarcină. Bunge a voit să stabilească o lege, care, dacă e discutabilă şi exagerată pentru om, este totuşi interesantă în concepţia sa generală: *cenuşa totală a unui animal tânăr prezintă o mare analogie de compoziţie, şi care merge aproape până la identitate, cu cenuşa laptelui mamei* (Hugounencq, La composition minérale de l'enfant nouveau — né et la loi de Bunge, Lyon médicale, 11 juin, 1899, p. 187). Celula epitelială mamară ia deci din organizmul femei aceleaşi elemente minerale (afară de fer) şi în aceleaşi proporţiuni ca şi placenta. *Nutriţiunea la femeia gravidă şi la femeia care alăptează se aseamănă;* în ambele cazuri găsim aceiaşi micşorare a nutriţiei, aceiaşi funcţionare insuficientă a ficatului, aceiaşi adiposă generală, şi deci putem să deducem aceleaşi predispoziţiuni morbide.

Precum o voi arăta-o în publicațiuni ulterioare, lactația are o influență incontestabilă asupra stărei generale din dublul punct de vedere fisiologic și patologic. Toți autorii au remarcat influența lactațiunei asupra organizmului, dar interpretația a fost diferită după ideile teoretice cari dirijau pe patologiști. Pe când unii considerau lactația ca *„un mijloc profilactic și curatif al maladiilor leuziei“* (Léonard) (2) alții susțineau că: *doica este mai susceptibilă la influențele morbide* (Eloy) (3). Cei cari credeau în origina lactară a febrei puerperale și admiteau teoria metastaselor laptoase și a febrei de lapte, preconisau alăptarea ca un procedeu curatif al accidentelor leuziei; fluidul lactar circulând în sânge putea, dacă nu era evacuat în afară prin mamele, să producă o retenție a materialului secreției lactate și să se se răspândească în peritoniu. Plecând de la acest principiu ei conchideau că secreția laptelui întreține armonia în toate funcțiunile leuziei (Capuron) (4) și devine mijlocul cel mai eficace pentru a preveni maladiile cari acompaniază post-partul. Și ridicându-se pe un ton liric, vedem pe Léonard exprimându-se ast-fel: „Les fièvres de mauvais caractère, les fièvres dites puerpérales seraient-elles aussi fréquentes si les mères satisfaisaient au vœu de la nature“? Și fără a merge atât de departe ca acesta, Mochez (5) mult mai târziu vorbește, în teza sa, de succiune „care determină, zice el, o derivaţie salutară pentru extincţia iritaţiunilor diferitelor organe“.

---

(1) Lactația prin transformările importante ce le determină crează o tranziție între organizmul fiziologic normal și patologic, *o stare semi-patologică* (Vitry), în care se poate foarte bine asimila doica hyperglicemică cu diabeticul, diminuarea nutriției cu maladiile prin auto-intoxicație, modificările ficatului cu insuficiențele hepatice.

(2) Léonard, Allaitement consiliéré comme moyen prophylactique et curatif des maladiés des femmes en couches (Thèse de Paris, 1822).

(3) Eloy, Considérations cliniques sur l'allaitenent (Thèse de Paris, 1873).

(4) Capuron, Traité des maladies des femmes. p. 528, Paris.

(5) Mochez, De l'influence des maladies sur l'allaitement (Thèse de Paris, 1891).

Dar chiar marii clinicìani din a doua jumătate a secolului trecut, ca Trousseau (1), Peter (2), erau preocupaţi de posibilitatea de a procura prin lactaţie o revulsie locală, şi Peter în special, insistă spre a se continua alăptarea în cursul afecţiilor acute, pentru a se putea menţine la nivelul mamelei *o fluxiune secretorie derivatrice.*

Totuşi, de mult, numeroşi autori francezi ca Gaubius, Besson, Monneret, etc., remarcaseră în cursul lactaţiei o slăbire a rezistenţei organizmului la maladii. Ei mai observaseră că unele maladii erau mai frecuente în timpul alăptării şi că prezentau adesea o gravitate mai mare, şi atribuiau acestea *„condiţiei speciale în care se găseşte organizmul femeei“* (3). Eloy (4) în 1873 scria: *„une nourrice est plus susceptible aux influences morbides acquises ou accidentelles; son état anémique l'y prédispose“* Aceste idei deja vechi au fost reluate în timpii din urmă, de câţi-va autori contimporani, în particular de profesorul Hutinel şi elevii săi. Incă de pe când eram extern în serviciul său la Hospice des Enfants-Assistés (1899) profesorul de clinică infantilă nu înceta de a ne atrage atenţia asupra gravităţii diferitelor infecţii desvoltate la doici. Şi recent sub inspiraţia sa, G. Vitry (5) într'o teză importantă a studiat condiţiunile speciale în care se găseşte organismul maternel în timpul lactaţiunei şi a cercetat esperimental resistenţa doicei la infecţiuni şi intoxicaţiuni. Experienţele lui Vitry arată *cea mai mare susceptibilitate a doicei la infècţiunile experimentale,* şi cadrează cu un număr de observaţii clinice, în care influenţa lactaţiei era evidentă asupra mersului maladiilor (6).

Precum reese din această privire generală, există cea mai mare legătură între glanda mamară şi organizmul femenin în cursul lactaţiei. Funcţiunea glandulară se repercută necesar asupra mecanizmului întregei economii. Ea aduce după sine reacţiuni organice noi şi variate, creând şi întreţinând o stare fiziolozică specială, dependentă încă de starea puerperală Ast-fel că în studiul clinic al lactaţiunei intră şi modificările generale cari se petrec în economie în timpul alăptărei. In lucrarea de faţă, mă voi limita însă numai la *studiul clinic al mamelei în cursul lactaţiei*, rămânând ca fiziologia doicei să fie reluată în alte lucrări ulterioare. Această separaţiune se impune cu atât mai mult că, cel puţin în primele săptămâni, e dificil a se separa fenomenele de regresiune cari aparţin leuziei propriu zise de fenomenele de regeneraţiune cari aparţin lactaţiunei. Studiul organizmului doicei se confundă în parte cu studiul organizmului maternel în cursul leuziei.

---

(1) Trousseau, Cliniques, T. III, p. 159, Paris.

(2) Peter, Union médicale, 12 Août, 1879, Paris.

(3) Besson, Pathologie de la lactations, (Thèse de Paris, 1873).

(4) Eloy, Considérations cliniques sur l'allaitement, (Thèse de Paris. 1873).

(5) G. Vitry, Etude sur la physiologie de la vourrice, et en particulier au point de vue de sa résistance au maladies (Thèse de Paris, 1905).

(6) A se consulta: Charrin, Prédispositions morbides de la période puerpérale: hyperglycémie et déminéralisation (Gazette des hôpitaux, 6 Avril, 1899 p. 362, Paris).

Pentru mai multă claritate voi divide studiul de faţă în 7 capitole principale:

I. Starea mamelelor după facere,

II. Afluxul lăptos,

III. Secreţiunea laptelui cu variaţiile şi anomaliile ei,

IV. Alteraţiunile calitative ale secreţiei lactate,

V. Turburările galactogenesei şi cauzele lor,

VI. Durata lactaţiunei,

VII. Trecerea în lapte a diastazelor patologice şi a microbilor. Influenţa lor asupra secreţiei lactate.

I.

Starea mamelelor înainte de afluxul laptelui

Precum am spus'o într'un precedent studiu asupra: *Anatomiei glandelor mamare la femeie în lactaţie* (1), în timpul gravidităţei memelele se dezvoltă progresiv suferind oare-care modificări cari le fac proprii la alăptare.

Din prima lună de la fecundaţie la multipare, din a 2-a sau a 3-a lună la primipare (C. Daniel), mamelele sufăr modificări importante, caracteristice puerperalităţei. Ele devin dure, cresc şi sunt sediul unor sensaţii speciale de înţepătură. Această tumefiare progresivă a glandelor se atenuează către a 4-a sau a 5-a lună şi reapare cu 10 sau 15 zile înaintea facerei. De la a 3-a sau a 4-a lună înainte se văd în special la multipare mici vegetaţiuni sub pielea mamelelor, cari indică travaliul de înmugurire, ce se operează în interiorul glandelor. Intr'adevăr, încă din această epocă, glanda atinge un grad de activitate suficient şi secretă deja un lichid seros numit *colostrum*.

---

(1) Constantin Daniel, Glanda mamară în timpul lactaţiei la femeie. Studiu anatomic (Revista Ştiinţelor Medicale, No. 7—8, Iulie-August 1908).

Studiind comparatif, la 30 femei de la clinica Baudeloque (15 primipare; 15 multipare din cari 5 însărcinate în cursul alăptărei), *modificările fizice ale mamelelor in cursul sarcinei*, am constatat că: a) *la primipare* reacţia puerperală a mamelelor începe mai târziu, pe la finele lunei a 2-a şi chiar a 3-a; modificările sânurilor sunt mult mai lente şi după un repaos de mai multe luni ele încep să se dezvolte în vederea alăptărei cu vre-o 15—20 zile înainte de termen. *La multipare*, aceste fenomene sunt mult mai precoce şi mai intense. b) *La femeile însărcinate* şi cari alăptează, glandele mamare diferă sensibil de acele ale doicilor negravide. La cele dintâi din prima lună de la fecundaţie sânul devine mai mare, mai greu, cu un aparat adipos mult mai dezvoltat. Se pare că noua sarcină a dat un impuls mugurirei şi activităţei glandulare. De asemeni pigmentaţia areolară care se atenuase puţin după naştere, reapare cu o intensitate mai pronunţată.

In acelaş timp cu restul glandei, *regiunea areolară* se modifică şi ea din a 2-a lună a gestaţiunei, pigmentaţia areolară se exagerează şi pe pielea, care înconjură areola, se formează depozite de pigment, descriind un cerc periferic brun, desemnat sub numele de areolă secundară sau gravidică. Trebue să remarcăm că pigmentaţia respectă vecinătatea orificiilor pilosebacee; ast-fel că formează pete neregulate, dând zonei de pigmentaţie un aspect împestriţat (aréole tachetée).

Suprafaţa areolei prezintă 5 până la 20 mici ieşituri rotunzite, de un diametru aproximativ de 3 m. m. Cea mai mare parte din ele corespund unor *glande sebaice hipertrofiate* (tuberculii lui Morgagni, glandulae areolarum sebaceae); restul, în număr de 4 pentru fie-care mamelă (Pinard), răspund unor *glande mamare accesorii* (tuberculii lui Montgomery, glandele lactifere aberante ale lui Luschka). Aceste din urmă prezintă structura glandei mamare principale, având conducte excretoare proprii, deschizându-se, fie la suprafaţa areolei, fie, câte-odată, în unul din canalele galactofore (Middendorp). Glandulele accesorii, abia dezvoltate la virgină, se atrofiază la menopauză. Ele nu funcţionează ca glande, de cât în timpul puerperalităţii. Intr'adevăr, apăsând aceste globule, la sfârşitul gestaţiunii, iese din ele colostru; apoi după facere, lapte curat.

Mamelonul, puţin modificat la început, îşi măreşte volumul către a 3-a lună; devine sensibil, hiperestesic; pielea care-l acoperă devine brună.

Toate aceste modificări fizice ale mamelei, în timpul gravidităţii, sunt indiciul unei activităţi ce se prepară. In timpul leuziei, stabilirea secreţiunei lactate va exagera încă modificările glandelor mamare.

Dacă examinăm mamelele imediat după facere, le găsim încă moi şi de un volum egal cu acela pe care-l aveau în timpul celei din urmă luni a gravităţei. Dacă exercităm o presiune pe regiunea mamelonului, facem să iasă câte-va picături de colostrum. Mamelele rămân, în aparenţă staţionare, într'un timp ce variază de la 36 la

48 de ore; dar, după ce a trecut acest timp, ele suferă o modificare de volum şi de consistenţă, care împreună constitue afluxul lăptos („montée laiteuse“ a autorilor francezi) (1).

---

(1) Din starea mamelelor, înainte şi după facere, s'a încercat să se deducă **prognosticul alăptărei.**

I. *In timpul gravidităţei.* Este posibil să ştim dinainte, dacă o femee însărcinată va putea să alăpteze? Această chestiune, destul de delicată, mai ales la femeiele cari trebue să alăpteze pentru prima oară, va fi judecată prin examenul general şi local al femeei. Trebue totuşi să ne amintim că *„cu perseverenţă şi printr'o bună direcţiune, nu este nici o femeie care să nu poată fi o doică suficientă“.*

Elementele acestui diagnostic, pe lângă examenul stării generale (boală contagioasă sau cronică) sunt scoase din starea mamelelor, a colostrului, a menstruaţiunii.

a) Dacă *glandele mamare* sunt bine dezvoltate, dacă mameloanele sunt bine conformate, destul de scoase în relief, este probabil că femeia va fi bună să alăpteze. Mameloanele intrate înăuntru, ombilicate constitue o infirmitate.

Trebue totuşi să amintim, că chiar dacă mameloanele sunt improprii la sucţiune (mameloane prea scurte, ombilicate) şi dacă totuşi lăuza are lapte, putem preîntâmpina infirmitatea, servindu-ne, fie de aşa zisele „bout-de-seins“, fie de „têterelles“ de sticlă (Budin, Auvard).

b) Starea obişnuită a *menstruaţiunei* poate servi de asemenea de indiciu: la femeile, ale căror reguli sunt puţin abundente, neregulate, secreţiunea lactată e mai mică de cât la celelalte (Trousseau, Cliniques, 4-e edition, T. III, p. 157).

c) S'a pretins în fine, că caracterele *colostrului* în timpul gravidităţei pot servi de elemente de diagnostic. Donné (Cours de microscopie, 1844, p. 405), afirmase că ar exista un raport între secreţiunea colostrului în timpul gravidităţii şi secreţiunea lactată după facere, şi că e posibil, după caracterele secreţiunei colostrale, să recunoaştem dinainte, dacă o femeie va avea lapte în cantitate suficientă pentru a-şi nutri copilul. El a distins cazurile următoare:

1. „Secreţiune colostrală aproape nulă, lichid viscos, foarte sărac în globuli graşi şi în corpi granuloşi: femeia va fi o doică rea.

2. „Colostru mai mult sau mai puţin abundent, dar sărac în globuli graşi cari sunt mici, rău formaţi şi adesea amestecaţi de corpi granuloşi şi globuli mucoşi: va fi o doică mediocră.

3. „Colostru bogat în globuli graşi, regulaţi şi groşi, necoprinzând afară de aceştia de cât corpi granuloşi: femeia va fi o bună doică“.

Trebue totuşi să adăogăm, din punct de vedere practic, că regulele lui Donné sufăr excepţiuni: cutare femeie, ale cărei mamele nu furnizau de cât câte-va picături de colostru în timpul gestaţiunii, poate să aibă lapte mult după facere (Tarnier et Chantreuil); şi putem spune, cu Marfan, că „întru cât priveşte insuficienţa posibilă a secreţiunii lactate, nici un semn nu ne permite s'o prevedem cu certitudine, şi de alt-fel ea va fi destul de rar un obstacol, dacă femeia este sănătoasă şi bine dirigeată“.

II. *In timpul perioadei post-partum* prognosticul este tot atât de important de făcut, şi cu deosebire în momentul afluxului laptos. Bazându-se pe studiul cito-

II.

Afluxul lăptos

In timpul primelor zile ce urmează facerei, mamela nu secretă de cât colostru în mică cantitate. Dar la un moment dat (48 ore în general după facere), glanda intră brusc în stare de supraactivitate, *colostrul se transformă în lapte*, secreţiunea devine lactată şi abundentă (1), (2).

---

logic (leucocite, depozit de centrifugare) al secreţiunii mamare, chiar în ziua afluxului lăptos, s'a încercat să se facă citoprognosticul lactaţiunii. Iată în mod foarte sumar rezultatele obţinute de Lévy. (Cytopronostic de la laction, Bulletin Médical, 27 Janvier, 1904, Lyon):

1. Un procent râdicat de *polinucleare*, indică o lactaţiune activă; aceşti doi termeni par a fi în raport direct unul faţă de celălalt. Precocitatea polinuclozei este de asemenea un semn favorabil.

2. Tendinţa de a predomina a *mononuclearelor* dovedeşte o secreţie mai mult lâncezândă, mai ales dacă numărul absolut al elementelor este minim, traducându-se printr'un depozit puţin dens.

3. *Limfacitele* n'au de cât o semnificaţie negativă: predominenţa lor este sinonimă cu penuria fagocitară, indiciu defavorabil stărei secreţiunii.

Adesea, simplul examen al depozitului centrifugal ajunge pentru a prevedea prognosticul. Un depozit gros, denotă că cantitatea absolută a elementelor este considerabilă. Un depozit nul, sau insuficient pentru o enumeraţie uşoară, este un indiciu vădit defavorabil, mai ales în ziua afluxului lăptos. In cazul unei secreţiuni bogate, elementele sunt adesea chiar destul de numeroase, pentru ca examenul numeric să se poată face direct, fără ajutorul centrifugaţiei.

Acest autor adaogă, în fine, că un prognostic pozitiv, adică favorabil, pare să aibă o valoare mult mai hotărâtă de cât un prognostic negativ, adică rău. Secreţiunea poate să fie, după cum se ştie, foarte mediocră în primele zile şi să se stabilească în mod convenabil mai pe urmă; din potrivă, o secreţiune bună, de la început, are cele mai mari şanse să rămână satisfăcătoare până la sfârşit.

(1) A se consulta: Chautreuil, Des phénomènes précurseurs et concomittants de la sécrétion lactée (Archives de Tocologie, 1874, p. 146, Paris).—Cauvet, Contrib. à l'étude de la montée du lait, (Thèse de Paris, 1883—1884).—Cravin, Etude clinique sur la montée du lait chez les accouchées, (Thèse de Paris, 1883—1884).

(2) S'ar părea, *a priori*, după examenul clinic, că în momentul afluxului lăptos, mamela nu mai secretă colostru, ci lapte propriu zis. Această afirmare nu este tot atât de exactă din punctul de vedere teoretic. Intr'adevăr, dacă se examinează laptele la microscop, zi cu zi, se constată că transformaţiunea laptelui nu este atât de bruscă. *Colostrul, istologiceşte vorbind, n'ar fi înlocuit prin lapte de cât 15 zile după naştere.* Iată de alt-fel starea microscopică a laptelui începând din prima zi după facere:

Totalitatea fenomenelor locale şi generale cari însoţesc stabilirea secreţiunei lactate, constitue *afluxul lăptos.* In urma acestor fenomene, mamelele au suferit transformaţiuni atât de caracteristice, în cât examenul lor singur e suficient pentru a face diagnosticul de post-portum.

Epoca afluxului lăptos. Laptele apare în genere în mamele 60—70 ore după facere.

Urcarea laptelui poate totuşi să prezinte variaţii: ast-fel la primipare ea este puţin mai tardivă (a 4-a zi, între a 72 şi 96 ore), de cât la multipare (a 3-a zi, între a 48 şi 72 ore). Dar aceste cifre n'au nimic absolut. Sânt într'adevăr, femei, — cele mai adeseori multipare, — la cari afluxul laptelui este foarte precoce (a doua zi după facere) şi altele primipare în general la cari afluxul este foarte tardiv (a 5-a şi chiar a 6-a zi). In fine sunt cazuri excepţionale, când afluxul lăptos n'are loc de cât după a 7-a zi. După Béhier, aflul lăptos s'ar stabili, în ordinea frequenţei, a 3-a, a 4-a, a 2-a a 5-a zi. (1)

La rândul nostru am căutat să verificăm momentul când apare în mamele fenomenul numit: montée laiteuse (afluxul lăptos). Din

---

In *1-a zi* după naştere, colostrul cuprinde mulţi corpi granuloşi şi globuli graşi foarte inegalici ca volum; tratat cu amoniac, se prinde într'o masă vâscoasă şi filantă.

A *2-a zi,* în momentul afluxului lăptos, laptele este încă gălbui, ca colostrul; corpii granuloşi există încă, dar sânt mult mai puţin numeroşi.

A *6-a zi,* globuli de grăsime sunt numeroşi şi mai puţin inegali ca volum; numărul corpilor granuloşi diminuă încă.

După a 15-a zi, nu se mai găsesc, în general, corpi granuloşi; laptele este perfect. Nu mai este galben, ci devine alb de tot. Amestecat cu amoniac, rămâne limpede, şi nu mai devine vâscos. Din acest moment, globulii graşi îşi măresc volumul şi tind să devină egali. Este de remarcat totuşi, că această mărire de volum nu este aceiaşi la toate femeile. Aşa s'a distins lapte cu globule mari, lapte cu globule mijlocii şi lapte cu globule mici.

(1) La 974 femei examinate de Béhier (citat de Cazeaux) afluxul lăptos a început de:

347 de ori	a 3-a zi
266 „ „	„ 4-a „
170 „ „	„ 2-a „
100 „ „	„ 5-a „
22 „ „	„ 1-a „
22 „ „	„ 6-a „
5 „ „	„ 7-a „
4 „ „	„ 8-a „
1 „ „	„ 11-a „

50 femei examinate din 12 în 12 ore după facere, am constatat mediile următoare:

Primipare		Multipare	
1 dată	după 96 ore	1 dată	după 24 ore
1 ”	” 36 ”	3 ori	” 72 ”
2 ori	” 48 ”	4 ”	” 36 ”
3 ”	” 60 ”	8 ”	” 48 ”
7 ”	” 72 ”	9 ”	” 60 ”
11 ”	” 84 ”		

In general, se poate spune, că afluxul lăptos se arată mai repede la femeile cari alăptează, decât la acele cari nu alăptează. Cât despre credinţa că femeia nu va fi o doică bună, dacă afluxul laptelui nu s'a ivit la epoca obicinuită (către a 3-a zi), această opiniune pare absolut inexactă (1).

Felul debutului. Apariţia laptelui, în general *bruscă*, se stabileşte în câte-va ceasuri. In unele cazuri şi mai ales când este tardivă, secreţiunea este slabă şi *progresivă.* De multe ori este nevoe de mai multe zîle (1—2—3) şi într'unele cazuri de mai multe săptămâni, pentru ca secreţiunea să fie suficientă. Există, în fine, observaţii excepţionale, în cari glandele mamare nu sunt sediul nici unei activităţi particulare şi în cari nu se face de loc secreţiunea lăptoasă (Cazeaux).

Simptome locale. Fenomenele locale, cari însoţesc stabilirea secreţiunei lactate sunt, creşterea volumului şi mărirea consistenţei sânurilor, modificaţiunile regiunei areolare, scurgerea laptelui (2).

Aproape din ziua doua sau a treia, cele mai adesea ori în timpul celei de a treia, sânurile, cari aveau până atunci o tensiune moderată suferă o schimbare rapidă. La inspecţie, ele au augmentat de volum; tegumentele sunt dure, netede, conturate de vine albăstrui. Iloţii glandulari se disemnează sub piele. Mamelonul pare mai puţin proeminent şi mai anevoios de prins de către noul născut. Ast-fel este necesar, zic Ribemont—Dessaignes şi Lepage, de a pune copilul de mai multe ori la sân înaintea apariției laptelui, când mamelonul este mai ușor de prins. Adesea oară în fine, se vede o scurgere spontanee a laptelui.

---

(1) Vezi: M-lle Bronislas Dluski: Contribution à l'étude de l'allaitement maternel (Thèse de Paris, 1894).

(2) Chantreuil. Des phénomènes précurseurs et concomittants de la sécrétion lactée. (Archives de tocologie 1874 p. 146 et suiv.).

Prin palpație se recunoaște că mamelele au devenit mai dure, precum și regiunea areolară. Se simte, de alt-fel, sub piele rezistența elastică, caracteristică a lobilor glandulari, având posibilitatea de a le zări și contururile lor net delimitate. In fine, se poate distinge diferitele prelungiri pe cari le trimite glanda mamară, către stern, către axilă și către claviculă. Tuberculi lui Montgomery sunt măriți de volum și apăsarea lor poate determina la oare-cari indivizi eșirea unui lichid alburiu (1). Se constată în plus o ușoară ridicare a temperaturei locale a sânurilor (2). După Depaul căldura locală ar fi ridicată cu 0,5 dintr'un grad (3). Aceea ce caracterizează încă apariția laptelui este *senzația dureroasă* pe care o simt femeile în sânuri. Aceasta este o durere specială bilaterală care apare spontaneu ca și o presiune dureroasă sau o contracțiune, exasperată de mișcările brațelor și presiunea pe glandă. Contrar ca într'o mastită, la care durerea este limitată de obiceiu la un singur lob, aci glanda este sensibilă în totalitate. Cât privește explicarea durerei, ea este datorită iritațiunei nervoase produsă de afluxul lăptos, prin „galactostasa". La femeile cari alăptează această durere încetează din primele 2—3 zile prin sugere; la cele cari nu lăptează ea dispare mai încet, după 5—6 zile, prin evacuarea mecanică sau compresiunea sânurilor. Un alt fenomen local, retativ rar, observat de Tarnier și Chantreuil, este *edemul areolar*. Acesta nu-i de cât o acumulare de serositate localizată în general în țesutul celular subcutanat al regiunei areolare, putând să se întindă de acolo în oare-cari cazuri chiar înprejurul glandei. Acest edem pare a fi datorit afluxului sanguin considerabil care se produce la nivelul glandei. Acest lucru pare mai frequent la primipare de cât la multipare (4).

Dacă se încearcă a exercita o presiune în momentul apariției laptelui la nivelul regiunei areolare se determină scurgerea unui lichid alburiu, gros, cremos; acesta este *laptele* (1). Cantitatea acestei scugeri depinde de bogăţia secreţiunei şi de momentul în timpul căreia se face examenul; ast-fel după o sugere, prin apăsarea regiunei se scoate mai puţin lapte de cât atunci când alăptarea a avut loc cu mai multe ore înainte. La unele femei scurgerea este aşa de abundentă in cât este spontanee; laptele se răspândeşte în afară fără nici o presiune pe sân şi poate să ude cămaşa până la brâu, (Tarnier-Chantreuil).

---

(1) Acest lichid este considerat de Sappey ca o producție sebacee, și de Depaul ca un lapte adevărat.

(2) A se consulta: Chatelet, Etude sur la température locale des seins après l'accouchement (Thèse de Paris, 1883—1884).

(3) Depaul, Leçons de clinique obstétricale, 1872—1876, p. 790, Paris.

(4) Clinica comparată arată că această stare rară la femeie este relativ frequentă la animalele domestice: vaci, iepe, oi.

Umflarea dureroasă a sânurilor, modificaţiunea areolelor (tumefacţie, pigmentaţie, tuberculii papilari), *secreţiunea lactată*, acestea sunt principalele simptome ale apariţiei laptelui.

Simptome generale. In cazurile normale, cele mai mult frequente, nu se observă nici o reacţiune a organismului în momentul apariţiei laptelui. La oare cari femei, mai ales cele primipare, când secreţiunea lactată este foarte abundentă şi mai ales când debitul laptelui nu este egal cu producţiunea lui (femei cari nu dau sânul sau cari îl dau într'un mod insuficient). Fluxiunea mamară — în momentul apariţiei laptelui — este aşa de intensă în cât se poate remarca o oare-care excitaţie (Depaul) însoţindu-se de fenomene de reacţiune locală şi generală. Afară de acestea, femeia presintă oare-care turburări uşoare de partea calorificaţiunei, a circulaţiunei şi a secreţiunilor. Temperatura este in general normală; dar poate prezenta în casuri rare o ascensiune de câte-va zecimi de grade (37^2 până la 37^4). (C. Daniel) (2). Pulsul în loc de a'şi urma cursul său normal (45-56 pulsaţiuni pe minut) suferă câte odată în ziua apariţiunei laptelui o acceleraţiune de 4—8 pulsaţiuni şi poate să oscileze în jurul lui 80. La aceste turburări se adaogă o sumă de fenomene critice: puseuri termice urmate de diaforesă şi poliurie: secreţiunea lochială şi ea este turburată (3)..

---

(1) Pentru a face să apară laptele la suprafaţa mamelonului trebue să se apuce între degetul cel mare şi index circonferenţa areolei şi a se aduce degetele înainte către mamelon, continuând compresiunea. Acest artificiu determină ast-fel expresiunea sinurilor lactifere.

(2) Constantin Daniel. Du pouls et de la température pendant la puerpéralité (Annales de gynécologie et d'obstétrique. Mai, 1902, Paris), şi: Valeur diagnostique du pouls et de la température dans les suites des couches pathologiques (Revue pratique d'obstétrique et de Pédiatrie, Janvier-Fevrier, 1903, Paris).

(3) Există o relaţie fisiologică remarcabilă între scurgerea lochială şi secreţiunea lactată. Laptele apare în momentul când lochiele se modifică, când din sângeroase ele devin sero-sanguinolente adică după 2 până la 4 zile. Invers, se ştie că o scurgere lochială excesivă diminuă cantitatea laptelui.

Această totalitate de fenomene — pe care le voi numi *criza lactală* — de ordin pur fisiologic, depinzând de o activitate mai mare a mamelelor (analoagă febrei zise de muncă și fiorului fiziologic), pot să existe în cursul leuziei normale. Dar, de îndată ce există o exagerațiune a unuia din aceste simptome — și mai ales a pulsului și a temperaturei — trebue îndată să ne gândim la o complicație, care în generalitatea casurilor este de *cauză genitală.*

Febra de lapte. Se designa altă-dată sub numele de febra laptelui o stare morbidă caracterizată printr'o sumă de *accidente febrile* (frequenta pulsului, ridicarea termică, fioruri, sete vie, anorexie, cefalee, dureri nevralgice) cari se puneau pe socoteala apariției laptelui. Un mare număr de autori (1) au negat existența febrei laptelui și am privit, pe motiv sigur, fenomenele generale pe care le-am semnalat ca independente de secrețiunea laptelui și legate de afecțiuni generale sau locale ale femei care născuse. (2) In adevăr, aceste fenomene generale, cari apar în momentul urcărei laptelui, frequente altă-dată înaintea erei aseptice erau datorite în mare parte, la septicemii atenuate cu punctul de plecare genital. Dar proporțional cu progresele asepsiei s'a arătat că leuzia normală trebue să fie apiretică. Ast-fel febra laptelui a fost scoasă din cadrul nosologic și *or ce stare generală apărută în momentul apariției laptelui trebue să fie datorită în realitate unei infecțiuni.*

---

(1) *Febra de lapte* a dat loc la un mare număr de teorii asupra originei și asupra cauzei sale. Mauriceau (Traité des Maladies des femmes grosses et de celles qui sont acoouchés, 4-ème édition 1674) cel d'întâiu a luptat contra idei de febră a laptelui și nu admise că febra, e indispensabilă stabilirei nouei secrețiuni. Mai târziu, studiile lui Levret (Mém. Acad. roy. de chir. t III 1757), Mourette (Quelques remarques critiques sur la fièvre de lait. Paris, 1859), Debraille (De la fièvre de lait. Paris, 1862), Mory (De la prétendue fièvre de lait, Paris 1863), și mei ales acelea ale lui Chautreuil (Des phénomènes précurseurs et concomittants de la sécrétion lactée. Arch. de Tocologie, 1874) și ale lul Depaul (Cliniques, 1879) arată că în afară de or-ce complicațiune, *secrețiunea lactată, care nu este de alt-fel de cât o funcțiune, se stabilește fără febră; sau mai bine zis febra laptelui nu există.*

(2) De consultat: Péraud. Etude historique et clinique sur la fièvre du lait. (Thèse de Paris 1886—1887).

III

Secrețiunea laptelui. Variațiuni. Anomalii

1. *Cantitatea secreției normale* (1). Cantitatea laptelui produs de o femeie normală în timp de 24 de ore variază cu indivizi și chiar la aceași femee ea diferă după epoca alaptărei. Cantitatea medie de lapte secretat de o femee de la *a* 3^a la *a* 6^a lună este de 1000 până la 1300 gr. (A. Gautier). Aceasta este aproape cantitatea medie cea mai mare. Pentru a măsura cantitatea de lapte secretată de o doică trebue a se proceda indirect, adică cântărind copilul înainte și după punerea la sân și determinând astfel cantitatea de lapte luată în fie-care sugere și socotind pe acea care este luată în 24 de ore. Natalis Guillot (2), Bouchaud (3), Segond (4) E. Pfeiffer (5) și alți (6) au întrebuințat această metodă. Exprimând în cifre mediile de cantități pe care le-au determinat astfel s'a putut construi un tablou unde se găsește, pentru diversele vârste ale copilului, numărul sugerilor, cantitatea de lapte (colostrum și lapte) îngerată la o sugere și cantitatea de lapte luată în 24 ore:

---

(1) De consultat: Boursier, Considerations sur la sécrétion lactée chez la femme (Thèse de Paris 1900—1901). — Budin, Manuel pratique d'Allaitement, Paris, 1907.—Donné, du lait et en particulier de celui des nourrices, 1837, Paris.—Marfan, Traité de l'Allaitement, 2-édit, 1903, Paris.—Butte, L'alimentation lactée chez le nouveau-né, Paris, 1903.—Rouvier, Le lait, 1903, Paris.—Langlois, Le Lait, 1893, Paris. — Rothschild, Bibliographia Lactaria. Bibliographie générale des travaux parus sur le lait et l'allaitement jusqu'en 1899. (1-r supplément 1900; 2-e supplément, 1901).—Duclaux, Le Lait. Etudes chimiques et microbiologiques, 2-e éd. 1894, Paris.

(2) Natalis Guillot. De la nourrice et du nourrisson (Union médicale 1852 pag. 61, 65).

(3) Bouchaud. De la mort par inanition et études experimentales sur la nutrition chez le nouveau-né (Thèse de Paris 1864).

(4) Segond. Du poids des nouveaux-nés. (Annales de gynécologie, Paris, 1874, t II, p. 336).

(5) E. Pfeiffer. Verschiedenes über die Muttermilch (Berl. Klin. Wochenschrift 1883 No. 11).

(6) Camerer. (Zeitschr. f. Biolog. 1878, p. 388; și 1896, p. 522). Ahlfeld Ernährung des Säuglings (Leipzig 1878). Hahner (Iahrb. f. Kinderh. 1880, t. V. și Henoch's Festschrift, 1890, p. 99). Feer, (Jahrb. f. Kinderh, 1896, t. XLII, p. 195). A. Iohannessen și E. Wang, (Hoppe-Seyler's Zeitschr. für Phys. chemie. t. XXIX 1898). Budin, Manuel pratique d'Allaitement, (Paris, 1905).

	Etate		Numărul țâțelor în 24 ore	Cantitatea de lapte la fie-care țâță	Cantitatea de lapte în 24 ore
Colostru	1-a zi		4	8 gr.	32 gr.
	2-a „		6	20 „	120 „
	3-a „	Afluxul lăptos	7	40—50 gr.	280—350 gr.
Lapte	4-a „		7	50—60 „	350—420 „
	I-a lună		8	60—80 „	480—640 „
	II-a și III-a lună		8	80—100 „	640—800 „
	IV-a și V-a „		7	120—130 „	840—910 „
	VI-a la IX-a „		7	140—150 „	980—1050 „

Cifrele acestui tablou nu sunt bine înțeles de cât aproximative fiind-că nu corespund de cât la cantitatea de lapte ingerat de copilul de țâță. Trebue să știm că cantitățile de lapte ingerate prin sugere variază cu vârsta și mai ales cu capacitatea stomacală a noului născut. Ori cum ar fi, ceea-ce trebue reținut din lectura acestor cifre este că *cantitatea de lapte secretat — aproape nulă* (mai ales la primipare) *în primele 3 zile — atinge sau întrece 400 grame în cea de a 4-a zi. De la a cincea zi cantitatea de lapte variază de la 500 până la 600 grame. Treptat și pe măsură ce copilul mai înaintează în vârstă cantitatea de lapte secretată se mărește pentru a atinge de la a treia până la a patra lună 800 până la 900 grame și chiar mai mult în 24 ore. Mai târziu ea poate să atingă până la 1500 gr. pe zi.*

2. *Variațiuni.* Totuși cantitatea de lapte secretată de o femee în 24 ore poate să varieze. Fără a ține socoteală de *anomaliele* secrețiunei lactate (agalactie, hipogalactie, galactoree) cari sunt foarte rare și pe cari le voi studia într'un capitol special, există *variațiuni* aproape constante ale debitului secrețiunei mamare. Ele par a fi datorite unor dispozițiuni individuale, fără a exista însă o stare patologică, și se caracterizează printr'o reducere a debitului secrețiunei (1). Dar există alți numeroși factori cari pot să mărească sau să diminueze cantitatea laptelui. Voi cita printre cauzele *fiziologice* în prima linie: vârsta, constituția, rasa, paritatea, menstruația, graviditatea. De asemenea antrenarea, întreruperea alăptărei, starea sânurilor etc.

Vin apoi cauzele *patologice:* turburări ale sistemului nervos, diverse maladii acute și cronice. In fine, *condițiunile igenice:* alimentaţia, igiena şi felul de viaţă. Trebue să adăogăm că diferite medicamente şi substanţe ingerate pot să treacă în mamele şi să modifice secreţiunea laptelui.

---

(1) Cantitatea laptelui produs într'un timp dat, variază și la *animale*, fără ca să fie vre-o stare patologică. In observațiunile lui Vernois și Becquerel (Annales d'hygiène, 2-e série t. VII p. 295) cantitatea zilnică se ridica de la 35—38 litri la unele vaci și numai la 2 litri și jumătate până la 3 litri și $^1/_2$ la altele.

Aceste diverse cauze cari influenţează secreţiunea lactată din punct de vedere cantitativ, vor fi studiate mai departe într'un capitol special. Dar ceea-ce trebue să se ştie, este *că la femeea normală, a cărei sănătate este bună, secreţiunea lactată este în mod excepţional aşa de redusă în cât să poată împedica complect alăptarea. Diminuarea cantităţei laptelui secretat depinde în mare parte de stări anormale;* insuficienţa lactată fiind datorită în general glandelor mamare prea puţin dezvoltate sau unei stări generale nesuficientă pentru a permite îndeplinirea funcţiunei lactaţiunei.

3. *Anomalii cantitative ale secreţiei lactate.* Secreţiunea laptelui, aşa precum am descris'o, poate fi în mod serios turburată, încercând modificări fie calitative, fie cantitative; dar de ordinar aceste alteraţiuni sunt mixte şi se combină la aceiaşi femeie.

In grupul anomaliilor cantitative intră: hipogalactia, agalactia, galactorea.

a) Hipogalactia. Se înţelege sub acest nume diminuarea pasageră sau definitivă a secreţei laptelui. Din punct de vedere *etiologic,* această alteraţiune a lactaţiunei poate fi esentială sau simptomatică. Când e primitivă, această anomalie este datorită unui fel de *„hipotrofie hereditară a mamelei“*, şi se observă mai adese la femei aparţinând unor familii în cari de mai multe generaţii s'a pierdut obiceiul de a alăpta.

In marea majoritate a cazurilor hipogalactia e secundară şi recunoaşte o cauză apreciabilă, fisiologică sau patologică a mamei sau a copilului. Printre cauzele *maternale* voi menţiona: direcţiunea rea a lăptărei, regimul alimentar defectuos, administrarea a diferite medicamente, modul vieţei la care femeia e supusă, în fine leziuni mamare preexistente sau consecutive alăptărei precum şi stări patologice (acute sau chronice) cari vor fi studiate mai departe. In alte circumstanţe hipogalactia este datorită *copilului,* şi depinde de debilitatea acestuia care nu exercită sugeri destul de energice pe mamelon (copii prematuri, debili congenitali, cu anomalii labio-bucale).

Hipogalactia poate să debuteze: *a)* fie într'un mod precoce (hipogalactia primară), *b)* fie mult mai târziu (h. secundară). In primul caz, insuficienţa secreţiunei lactate se arată de obiceiu de la începutul alăptărei. Când apariţia laptelui s'a făcut, precoce sau tardiră, bruscă sau progresivă, se vede după câteva zile sau chiar îndată, că secreţia mamară diminuiază mai mult sau mai puţin într'un timp variabil. Această diminuare a secreţiei este în general trecătoare, şi după 10, 15, 20 zile, producţia laptelui reia mersul său regulat. Nu există decât cazuri excepţionale când secreţiunea lactată nu se restabileşte în mod normal. In hipogalactia secundară, din contra, turburările survin mai târziu, după a doua lună în general (Marfan) şi cum ea e datorită cele mai adese unei stări patalogice rămâne aproape în tot d'auna definitivă.

Când e pur cantitativă, debitul de lapte produs în 24 ore e inferior celui normal. Şi dacă, cum se întâmplă de regulă, e vorba de o hipogalactie mixtă, laptele secretat în 24 de ore pe lângă că e diminuat în cantitatea sa, dar prezintă şi o proporţie de principii nutritivi excesif de slabă (Marfan), care va fi studiată în capitolul următor. Cliniceşte hipogalacţia pur cantitativă se recunoaşte: *a)* prin examenul sugerilor, *b)* prin cântărirea copilului. Noul născut pus la sân face un oare-care număr (5, 6, 7) de mişcări de succiune, apoi când gura este plină de lapte, el se opreşte un moment, apoi înghite. La acest moment se aude un sgomot după care copilul se odihneşte câte-va secunde şi suge din nou. Aşa că, cu toate că copilul înghite după fie-care sugere, deglutiţia n'are loc de cât după un mare număr de sugeri, când laptele este acumulat în destul de mare cantitate în gură. Când există penurie de lapte, copilul după ce a supt mai mult de 20 minute, obosit adoarme la sânul mame fără a fi săturat.

Metoda cântărirei dând un rezultat mai precis trebuie să fie preferată examenului sugerilor. Cântărind copilul înainte şi după fie-care sugere se calculează cantitatea de lapte luat la fie-care dată şi aceia luată în 24 ore. Este suficient de-a compara cifrele obţinute cu tabloul cantităţilor normale de lapte luate prin sugeri, descris mai nainte, pentru a avea rezultatul voit.

b) Agalactia. După Pinard, cazurile de absenţă a secreţiunei lactate sunt excesiv de rare. Agalactie absolută la femeea normală nu există.

Din cercetările profesorului Pinard (1) care a întreprins în Franţa opera de căpetenie a alăptărei materne şi din acelea ale elevilor săi (1), reese că sunt excesiv de rare cazurile de agalacţie. După o statistică făcută în 1894 la clinica Baudelocque asupra a 500 de cazuri, rezultă că *la 100 de femei sănătoase, găsindu-se în condiţiunele voite de alimentaţie şi de repaos, 99 sunt capabile să poată nutri copilul lor*. Iată concluziunele acestei statistici (2):

---

(1) Pinard. De l'assistance des femmes enceintes, des femmes en couches et des femmes accouchées (Revue d'hygiène, 1890, décembre; 20 février, 1894).

1. „Femeile toate, cu foarte puţine excepţiuni, pot fi bune doici.
2. Mai mult de 4/5 dintre femei pot să alăpteze de la începutul lactaţiei.
3. Aproape toate celelalte pot alăpta după un timp mai mult sau mai puţin îndepărtat.
4. Cazurile de agalactie sunt excesiv de rari; agalactie absolută nu există.
5. Necesitatea de a interzice alăptarea se impune foarte rar.
6. Multiparele cari au alăptat copii lor sunt mai bune mame-doici de cât primiparele.
7. Complicaţiunele de partea sânurilor (fisuri. limpangite, etc.) sunt mult mai rare şi mai puţin grave la doicele vechi“ (3).

c) *Hipergalactia* sau *galactorea*. Aceasta anomalie a secreţiunei lactate e foarte rară (4). Forma benignă se caracterizează pur şi simplu printr'o secreţiune abundentă a unui lapte de bună calitate (Marfan). In intervalul sugerilor sânurile sunt umflate şi întinse şi laptele se scurge spontaneu. Când copilul suge un sân, laptele se scurge şi de la cel-l'alt; gura micului copil se umple foarte iute şi lasă să treacă puţin lapte în căile respiratorii, lucru care determină accese de tuse, necesitând întreruperea sugerei. In formele grave, denumite *diabet mamar*, laptele se formează în mare cantitate, el e foarte fluid şi conductele lactifere care'l conţin sunt aşa de relaxate în cât se scurge încontinuu din sânuri (Tarnier şi Chantreuil) Femeile sunt încontinuu ude, şi nici compresiunea, nici purgativele, nici diureticele nu pot să oprească scurgerea; aşa că ele sunt obligate să pună mamelonul în nişte mici fiole turtite pe care le poartă aplicate pe pept. Această anomalie une-ori este punctul de plecare a diferite turburări ale mamei (epuisare) şi ale copilului (turburări digestive, slăbire, etc.) ceea-ce face a se înceta alăptarea.

---

(1) Wallich, Sur la façon de diriger l'allaitement maternel. (Revue d'obstétrique et de pédiatrie, 1894 p. 153, 307, 353, juillet, octobre, décembre).

Leon Petit. Le droit de l'enfant à sa mère (Thèse de Paris, 1895)

(2) M-me Bronislav Dluski, Contrib. à l'étude de l'allaitement maternel (Thése de Paris, 1894).

(3) Ph. Biedert. (Die Kinderernährung im Sänglingsalter. Stuttgart 1893) care s'a ocupat cu aceasta chestiune este de părere analoagă cu aceia a Profesorului Pinard.

(4) De consultat: Bidault, Etude sur la galactorrhée. (Thése de Paris, 1899—1900). Baldurin. Some suggestions regarding the nature and treatment of galactorrhea (Brooklin med. journal, 1891, v. 192—200). Smith, Cases of excesive secretion of milk (The american journal of obstetrics, New-York, août, 1894, p. 213).

IV.

Alteraţiuni calitative ale secreţiunei lactate.

Există cazuri rare, în cari laptele secretat în 24 ore este în cantitate normală, dar prezintă adevărate alteraţiuni *calitative*, consistând în modificări chimice şi histologice, şi în special în diminuarea proporţiei de principii nutritive. Aceste alteraţiuni calitative pure, de cauze necunoscute, descrise de Marfan sub numele de *hipogalactie calitativă*, există în general fără nici o modificare apreciabilă a organizmului maternel. Precum se va vedea mai jos, pure, ele sunt excepţionale; de obicei alteraţiunile calitative se asociază cu hipogalactia cantitativă precedent studiată.

Se citează într'adevăr observaţiuni tipice, când doica părând în deplină sănătate, laptele fiind în cantitate suficientă, sugerile foarte regulate, sugaciul avea totuşi diaree şi nu creştea în greutate îndestul.

Cauzele directe ale acestei turburări a secreţiunei laptelui sunt necunoscute. Aproape în toate aceste cazuri nu se găseşte nici o modificaţiune apreciabilă în organizmul femeei ce alăptează. Şi aceste fapte foarte rare în alăptarea maternală, sunt din contră foarte dese în alăptarea de către doică.

Diagnosticul alteraţiunilor calitative ale secreţiunei laptelui, se face în general: *a)* după totalitatea faptelor clinice observate, *b)* prin examenul clinic al laptelui, *c)* şi mai ales prin analiza chimică şi histologică a acestui lichid. Există, putem zice, un *antagonism între starea mamei şi acea a copilului.* Femeia ce alăptează este perfect sănătoasă; laptele examinat este abondent şi la vedere pare de bună calitate. Copilul din contră, cu toate că e alăptat regulat, are diaree şi slăbeşte. Şi dacă se schimbă femeia ce-l alăptează, se observă că scaunele se ameliorează îndată, şi creşterea îşi reia cursul ei normal. Singură reacţiunea individuală a sugaciului, ne denotă caracterul vătămător al laptelui mamei.

Pentru a descoperi cauzele de acest fel, Marfan ne dă un mijloc foarte simplu: „timp de 24 de ore, zice acest autor, se suspendă alăptarea şi se nutreşte copilul cu lapte sterilizat; dacă diarea se ameliorează mult sau dispare sub influenţa acestei înlocuiri, fără îndoială că calitatea laptelui e aceia care îi e cauza“. Examenul clinic al laptelui ne poate da câte-va ajutoare. Este suficient a se pune 3—4 picături de lapte pe unghie sau pe o linguriţă de argint şi de a se constata că laptele sărac pare aproape transparent; gustat este foarte puţin dulce.

Acestea sunt principalele mijloace practice, care ne permit de a recunoaşte alteraţiunele calitative ale laptelui. Dar înainte de a hotărâ conduita ce trebue de luat, e bine de a face *diagnosticul de laborator,* adică examenul chimic şi microscopic a lichidului. Ori, rezultatul acestui examen variază după cazuri: une-ori el e negativ, alte-ori el ne arată oare-cari modificări în proporţia principilor laptelui, sau a diferitelor sale elemente histologice. Ast-fel *analiza chimică poate să ne arate o proporţie anormală a unuia sau a mai multora principii ale laptelui:* exces de unt (Guiraud) (1), exces de lactoză (Klemm) (2), exces de materii albuminoide (Babeau) (3), exces de săruri (Leviseur) (1), augmentarea diverşilor principii cu excepţiunea lactozei (Marfan) (2). Şi aceste excese de principii au fost adesea considerate ca fiind cauza turburărilor digestive ale copilului de ţâţă.

---

(1) F. Guiraud a observat 2 copii, unul de 38 zile, cel-alt de 2 luni şi jum., alăptaţi de mame sănătoase, atinşi ambii de diaree verde perziztentă şi slăbire. Analiza arătă că laptele conţinea într'un caz *50 gr. 80 unt,* şi în celalt caz *59 gr. 10.* Acest autor, socotind că excesul de materie grasă ar fi cauza diareei copiilor, avu ideia de a suprima la două sugeri una, şi a o înlocui prin lapte de vacă smântânit şi decaseinat. După 10 zile în I-iul caz, după 12 zile în al II-lea, diareia dispăruse, şi greutatea copiilor creştea regulat. El deduse, că excesul de unt, producea o acţiune vătămătoare.

Această explicaţiune nu este acceptată de către toţi autorii. Se ştie într'adevăr, că materia grasă e aceia care poate să varieze mai mult în lapte. Doyère *(Etudes sur le lait,* Annales de l'Institut agronomique, Juin 1852 p. 257) a văzut „că untul ar putea fără inconveniente să atingă o proporţiune foarte ridicată; el a găsit până la *76 gr. la litru* de lapte, la femei ale căror sugaci erau foarte bine“.

Pfeiffer, admite de asemenea că substanţa grasă a laptelui poate să oscileze în limite foarte întinse.

(2) Klemm (Jahrb. f. Kinderh., 1898. T. 47 p. 1) pretinde că atunci când copii de ţâţă alăptaţi devin dispeptici sau rachitici, laptele femeei care alăptează se distinge câte-odată prin *excesul de lactoză,* micşorarea sărurilor şi prin lipsa de materie azotoase.

(3) Babeau (Troubles gastro-intestinaux provoqués chez un enfant par la composition du lait de la nouvrice. Nouveau Montpellier médical, tom. VI, 1897), a comunicat observaţiunea unei femei alăptătoare, cu o stare de sănătate perfectă, fără nici un antecedent patologic, care avu 3 sarcini şi deşi cu o igienă din cele mai riguroase şi cu toată regularizarea sugerilor, nici unul din copiii ei n'a putut fi nutrit la sân. Fie-care sugere era urmată de o vărsătură, care nu înceta de cât atunci când se înlocuia sugerea la sânul mamei cu alăptarea artificială, sau când se încre-

Dar cazurile unde analiza chimică descopere anomalii de compoziţiune, sunt o excepţie. Şi când laptele prezintă alteraţiuni calitative, ele sunt cele mai adesea datorite la modificaţiuni ale elementelor histologice a acestui lichid. In adevăr *la examenul microscopic* laptele poate prezenta diferite alteraţiuni consistând în *modificaţiuni ale formei globulelor grase*, sau în *prezenţa corpusculilor de colostru*.

---

dinţau aceşti copii la o altă doică. Mai mult încă, alţi sugaci fără turburări gastro-intestinale anterioare, prezentau aceleaşi fenomene de îndată ce erau puşi la sânul acestei femei alăptătoare.

Compoziţia laptelui său părea deci cauza acestor turburări. Autorul examină atunci laptele în mai multe rânduri şi el constată că era un exces de materii albuminoide (cari oscilau între 26 şi 36 gr. la litru, din care aproape jumătate era lactoalbumină şi lactoproteină) şi de asemenea un exces de grăsime (64 gr. la litru).

(1) Leviseur (Jahrb. f. Kinderheilk. 1872. fasc. XI şi XII) a observat un copil de 11 luni, care fu apucat de o diaree excesivă fără ca să se poată acuza nici o lipsă de alimentaţie. Analiza laptelui arată, că conţinea *80 la 1.000* săruri în loc de 2—3 la 1.000

Marfan citează observaţia unui caz analog. Imediat după naştere un copil fu supus alăptărei maternele; diarea apăru zilele următoare şi scăderea greutăţii fu la început foarte mare. Abea după a 21-a zi, el căpătă greutatea avută la naştere. La această dată se făcu o analiză a laptelui mamei; el conţinea *8 gr. clorură de sodiu la litru*. Se înlocui alăptarea maternelă prin lapte sterilizat şi din acest moment toate turburările dispărură.

(2) Marfan (Traité de l'Allaitement, 1899 p. 241) a observat un copil de 5 luni, alăptat de doică a cărei lapte avea 14 luni. De cât-va timp copilul vărsa, avea diaree şi slăbea; sugerile erau foarte regulate, laptele părea foarte abondent şi femeia alăptătoare era sănătoasă. Analiza chimică arată o mărire considerabilă a diferitelor componente, afară de lactoză. Acest lapte conţinea:

		Lapte normal
Caseină	44 gr. 236	15 gr.
Lactoză	62 „ 191	63 „
Unt	83 „ 958	38 „
Săruri	7 „ 815	2 „ 50

Dar acest autor arată că atunci când secreţiunea laptului este pe cale de a dispărea, laptele devine foarte concentrat. In cazul ce l'a observat, laptele având 14 luni „se poate, zice Marfan, că această extremă bogăţie, să fie faptul vârstei sale înaintate". Acest lapte fiind prea tare pentru un copil de 5 luni, doica fu îndepărtată şi toate turburările încetară.

Globulele grase pot fi une-ori de o micime extremă; ele apar atunci la microscop sub forma unui adevărat praf de grăsime (Donné). După Marfan, laptele cu globule mici — mult mai mult de cât laptele alterat chimiceşte — e în stare de a produce diaree la sugaciu.

Prezenţa *corpusculilor de colostru* în laptele unei doici, suptă de către un copil viguros este semnul unei stări morbide a secreţiunei laptelui. Numai în unele cazuri excepţionale corpusculii granuloşi pot ca să apară la o femee cu un lapte normal. Aceasta mai ales atunci când se dă la o doică foarte viguroasă, un copil debil. Aceasta e datorit faptului că femeia nefiind suptă de cât prea uşor, reflexul secretor scade din intensitate şi lichidul elaborat nu mai este de cât colostru (Marfan). Această constatare este de alt-fel comună în seria animală; se ştie, într'adevăr, că la femelele cari nu sunt nici mulse, nici supte, laptele ia îndată caracterele colostrului.

Care e conduita de urmat când se constată alteraţiuni calitative a secreţiunei laptelui, fără modificări ale cantităţei? Cum aceste alteraţiuni sunt adesea trecătoare, pentru a ne face o judecată şi a lua o hotărâre, se va ţinea mai ales seamă de reacţiunea sugaciului (turburări digestive, curba greutăţei). Dacă turburările gastro-intestinale sunt uşoare, dacă greutatea se măreşte mai mult de 15 gr. pe zi, se poate continua alăptarea; se întâmplă adesea că după câte-va zile, totul reintră în ordine. Dacă din contra, persistenţa şi intensitatea turburărilor devin ameninţătoare pentru copil, se va înceta imediat alăptarea.

V

Cauzele cari influenţează galactogenesa

Sunt câte-va condiţiuni fisiologice sau patologice cari pot să altereze secreţia mamară şi să facă să varieze până la un oare-care punct cantitatea şi compoziţia laptelui. Aceste cauze determină deci modificaţiuni: 1) fie cantitative, 2) fie calitative, 3) fie mixte, adică calitative şi cantitative în acelaş timp.

Alteraţiile cantitative sau calitative pure există rar izolate; ele constitue stări speciale cari au fost studiate cu anomaliile secreţiei lactate.

Din contră, alteraţiile *mixte*, adică *alteraţiile propriu zise* sunt cele mai frecuente; ele modifică în acelaş timp şi cantitatea şi compoziţia laptelui secretat. Aceste alteraţiuni survin în urma a cause multiple: 1) unele pur fisiologice (menstruaţie, sarcină, etc.); 2) altele patologice (maladii locale sau generale, turburări ale sistemului nervos, etc.)

Pentru a fi mai clar, voi trece în revistă diferiţii factori etiologici capabili de a influenţa secreţia lactată, indicând pe măsură alteraţia secreţiei lactate sub influenţa fie-cărei din aceste cauze. Alteraţiile secreţiei lactate sunt legate de numernase cauze: *a)* etatea, *b)* constituţia, *c)* paritatea, *d)* menstruaţia, *e)* gestaţia, *f)* castraţia, *g)* întreruperea alăptărei, *h)* starea sânului, *i)* turburările sistemului nervos, *j)* diferitele maladii, *k)* higiena şi regimul alimentar, etc.

1. *Etatea.* Secreţia lactată pare a fi influenţată manifest de etatea femei. Intre 20 şi 35 ani doica posedă laptele cel mai nutritif şi compoziţia sa abia se modifică în acest timp. Dincolo de 35 de ani, laptele devine mai puţin mineralizat, şi este mai apos. Inainte de 20 ani, după Vernois şi Becquerel laptele conţine mai multe săruri, mai multă caseină şi unt (Pfeiffer), însă mai puţin zahăr.

2. *Constituţia şi idiosincrazia. Individualitatea. Rasa.* Cantitatea şi calitatea laptelui nu corespunde nici decum la greutatea corpului. Se ştie, de exemplu, că animalele grele, osoase, musculoase şi grase, produc în general mai puţin lapte de cât animalele mici şi delicate. De asemenea se constată că la femeile cu constituţie forte, cu musculatura desvoltată, mai ales brune, având o sănătate perfectă, laptele posedă mai puţine materiale solide de cât la femeile de constituţie delicată (Vernois şi Becquerel). Blondele, de temperament limfatic, au un lapte mai bogat în materialuri solide (Lhéritier, Tolmatscheff, Vernois şi Becquerel). Femeile cu părul roşu sunt mai rar doici bune de cât cele-l'alte femei (Donné).

Ca şi în cele alte procesuri animale, individualitatea, creată prin complexul proprietăţilor anatomice şi activitatea funcţională, joacă un mare rol în secreţia lactată. Diferenţele individuale ale fiecărei femei au o influenţă sigură în variaţiile compoziţiei laptelui. Ast-fel Vernois şi Becquerel (1) admit că, prin analogie cu femelele cari dau lapte (vaci cu unt, vaci cu brânză), există femei cari au o supra-producţie de unt şi altele de brânză. Acest fapt a fost studiat experimental la animale. S'a observat că vaci, capre, oi, supuse la aceiaşi higienă dau un lapte foarte diferit; şi nu numai cantitatea materialurilor solide variază de la individ la individ, dar proporţile fie-cărui principiu (albumină, grăsime) pot să varieze.

---

(1) Vernois et Becquerel, du lait chez la femme (Annales d'hygiéne, 2-a série t. VII, p. 302, 1853, Paris).

Finalmente, individualitatea este precizată de rasă. Din nenorocire nu posedăm încă materialuri suficiente asupra laptelui provenit de la femei de rase diferite. Dar crescătorii de animale cunosc aceste fapte, şi ştiu că există rase cari dau un lapte gras dar subţire, iar altele cari dau un lapte limpede dar foarte bogat în grăsime şi albumină. Mai mult, în aceiaşi rasă, individualitatea se stabileşte şi ea, ast-fel că toţi indivizii aceleiaşi rase nu dau aceiaşi cantitate şi calitate de lapte.

3. *Sugerea regulată.* Faptul de a da sânul regulat şi in condiţii fisiologice contribuie a accelera secreţia mamară. Când o doică este suptă de un copil debil secreţia diminuează; când, din contra, noul născut e viguros laptele e fabricat abundent (1).

4. *Paritatea.* Secreţia laptelui poate de asemenea fi influenţată de *numărul sarcinelor anterioare.* Multiparele dau un lapte adese mai abundent şi de calitate superioară (mai bogat în unt şi zahăr), cu condiţia că femeia să fi alăptat deja anterior. Pe de altă parte se ştie că la primipare cantitatea de lapte în primele zile după naştere este mai mică şi că trebuie un anume timp pentru ca secreţia laptelui să se stabilească într'un mod regulat; la o a doua sau a 3-a alăptare femeia are mai devreme un lapte de bună calitate şi în cantitate suficientă. Tarnier şi Chantreuil au constatat de asemenea acestă diferenţă; ei admit în afară de aceasta că canalele galactofore sunt mai puţin apte a se umplea la primele de cât la cele alte.

In lecţiunile sale făcute în 1893, prof. Pinard (2) a arătat cantităţile de lapte luate la fie-care sugere în primele 10 zile de către copii de primipare şi de multipare, şi a tras din cifrele obţinute, concluziunile următoare:

a) Cantitatea de lapte suptă de la primipare poate fi aproape nulă în primele 3 sau 4 zile, şi atinge sau întrece 400 sau 500 gr. în zilele următoare.

---

(1) Lamperière citează cazul unei doici însărcinată de a hrăni 2 sugaci care ajunse a produce 2143 gr. de lapte în 24 ore.

Budin (Note sur la production du lait par les nourrices. Variations dans la quantité. Société d'obstétrique de France, 23 avril, 1897) în serviciul de debili de la Maternitatea din Paris a observat 14 doici cari ajunseseră a hrăni 50 copii. Se parvenise a se obţine de la fie-care *până la 2800 gr. de lapte pe zi.*

(2) Pinard, in: Wallich, Sur la façon de diriger l'allaitement maternel (Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie. 1894, Paris).

b) La multipare cantitatea de lapte luată de copil poate atinge 400 sau 500 gr. din a 4-a zi, și atinge sau întrece 600 gr. zilele următoare.

5. *Menstruația. Variațiile secreției lactate în timpul perioadei menstruale.* Reîntoarcerea menstruației după facere precum și regulele lipsesc în general la femeile cari alăptează. Reapariția menstruației este mai precoce la primipare de cât la secundipare, la secundipare de cât la multipare (1). Regulele precoce se observă mai adese la femeile cari alăptează pentru prima dată și sunt de ordinar indicele unei secrețiuni lactoase mai active.

Autorii nu sunt de acord asupra proporției femeilor menstruate în timpul lactațiunei. Aceste diferențe sunt legate de etatea laptelui, de situația socială a doicei, de tendința ce ea poate avea pentru a disimula revenirea menstruației, etc. Ast-fel, pentru unii (Seux) (2), proporția ar fi de 33 la 100, pentru alții (Fayé) de 10 la 100. După Schaeffer, apariția regulelor la doici s'ar observa în 20 la 100 din cazuri. Vitry (3) luând observația unui mare număr de doici a găsit o medie de 10 la 100, și în toate cazurile era vorba de femei cari alăptau de 10 și 12 luni. Interogând la Maternitatea din Paris 50 de doici (primipare și multipare) în plină lactație (de la a 5-a la a 7-a lună de la alăptare) am găsit o proporție de 15 la 100, din care:

primipare: . . . . 10 la 100
multipare: . . . . 5 la 100

Cât despre epoca apariției regulelor, ea variază cu indivizii. Din 100 doici examinate de Mayer (4), regulele au revenit de:

25 ori . . . . în cele 6 septămâni după naștere
20 „ . . . . „ „ „ următoare
35 „ . . . . în restul anului întâiu.

La doicile menstruate, regulele sunt puțin abundente și neregulate în general. Foarte rar (35 la 100 din cazuri, după observațiile mele) regulele sunt normale și periodice. Pe de altă parte este de notat că doicile menstruate sunt mai expuse a deveni însărcinate de cât cele nemenstruate sau de cât cele cari au o menstruaţie neregulată.

---

(1) Lucian Jacob, Rapports de la menstruation et de l'allaitement (Thése de Paris, 1898).

(2) Seux, in: Verriet-Litardière, Avantages de l'allaitement maternel (Thèse de Paris, 1873).

(3) Vitry, Physiologie de la nourrice (Thèse de Paris, 1905).

(4) Mayer, Beiträge f. Geburth und gynæk (Berlin, T. II, fasc. 2., 1873).

Precum o vedem există sigur un raport între lactaţie şi menstruaţie, de oare-ce, la femeile cari alăptează, mamelele au influenţă asupra menstruaţiei în aproape jumătate din cazuri. Pe de altă parte acţiunea inversă este iarăşi adevărată, căci de mult timp s'a remarcat că *menstruaţia micşorează câte-o dată secreţia laptelui şi poate să-i altereze calitatea*. Mai mult, în cazuri excepţionale, secreţia lactată poate prezinta transformarea colostrală sau înceta complect în timpul regulelor (1). Doicile în timpul menstruaţiei pot simţi diferite turburări generale. Unele prezintă fenomene cari sunt considerate în general ca datorite unei auto-intoxicaţiuni. Altele, în momentul periodului oferă diferite accidente grave ca *hemoragii mamare*, un fel de menstruaţie suplimentară, şi laptele devine roşu (2).

Modificaţiile calitative ale secreţiei lactate în timpul menstruaţiei se pot aprecia: a) *după observaţia clinică şi starea copilului*, b) *după analiza chimică a laptelui*. In adevăr, dacă unii copii nu par nici decum incomodaţi bând laptele unei femei menstruate, sunt alţii cari prezintă turburări manifeste. Aşa de exemplu, uneori îi vedem luând ţâţa cu oare-care dificultate, stând la sân mai puţin timp, strigând, fiind agitaţi şi scăzând de greutate la fie-ce perioadă catamenială (3). Alte-ori copiii au turburări digestive (eşirile afară mai decolorate, mai lichide, câte-o dată verzi). In fine, alți copii prezintă *o ascensie termică pasageră,* datorită probabil toxinelor termogene cari trec în lapte în momentul perioadei menstruale sau poate chiar unei alterațiuni în compoziția laptelui (1). Și când perioada menstruală a trecut, totul intră în ordine; după 3—4 zile copilul revine în stare normală și creșterea își reia cursul său (2).

---

(1) In timpul perioadei de *rut*, stare comparabilă cu menstruaţia, laptele animalelor pare a prezinta diferite modificaţiuni analoge cu acele observate la femei în cursul regulelor (E. Marchand). Ast-fel că crescătorii de animale au obiceiul de a separa viţelul de mama sa în această epocă, şi de a-i da să sugă de la o altă vacă (D'Ardenne, De l'allaitement artificiel, 1881, p. 85). După G. Schroeder, la vaca în perioada de rut, compoziţia laptelui nu pare a varia mult de cea normală.

(2) *Laptele care iasă roşu* din mamelă trebuie distins de *laptele care devine roşu* după sugere. Coloraţia celui d'întâi poate ţine de cauzele următoare: a) *Ingestia unor plante*, b) *amestecul globulelor sanguine cu lapte*. In acest caz din urmă e vorba de adevărate hemoragii mamare cari se recunosc la microscop prin prezenţa de hemaţii în lapte. Ele sunt datorite: α) unui traumatism, unei mamite, diferitelor leziuni mecanice ale mamelonului, β) unei infecţiuni sau unei intoxicaţiuni hemoragipare, γ) unei deviaţii menstruale (O. Larcher, Société centrale de médecine vétérinaire, 12 avril, 1877, Paris).

(3) Budin şi Segond examinând traseul grafic al cântăririlor zilnice ale noilor-născuţi, au observat la câţi-va copii o diminuare de greutate care se repetă în fie-ce lună la aceiaşi dată. Supraveghind de aproape pe doici, aceşti autori au putut să se convingă, cu toate denegaţiile lor, că doicile aveau menstruele în timpul când traseul grafic prezinta o scădere.

Analiza chimică a laptelui a servit de bază pentru a explica turburările copilului în timpul periodei menstruale. Din nenorocire nu posedăm documente precise asupra modificărilor compoziției laptelui în cursul regulelor. Pentru unii chimiști nu există nici o anomalie apreciabilă. Pentru alții, și în particular Vernois și Becquerel, ar exista *o mărire a substanțelor fixe ale laptelui* (caseină, unt, săruri) *cu o diminuare a zahărului.* Aceste modificări sunt mai ales sensibile în timpul perioadei menstruale și sunt mai puțin accentuate în perioada intercalară. Iată, după Vernois și Becquerel, câte-va cifre asupra modificărilor chimice ale laptelui sub influența menstruației:

Principii la 1000	Femei ne menstruate	Femei menstruate	
		Perioada intercalară	Perioada menstruală
Apă	889,51	886,44	881,42
Principii fixe	110,49	113,56	118,58
Caseină și materii extractive	38,69	43,58	47,49
Grăsime	26,54	26,98	29,15
Zachăr	43,88	41,68	40,49
Săruri	1,38	1,32	1.45

Reluând aceleași cercetări, Pfeiffer a notat o *mărire a zahărului,* contrar cercetărilăr lui Vernois și Becquerel (3). Pentru Monti, laptele leger alcalin în stare normală devine neutru în timpul regulelor. Marfan amintește deasemenea reapariția corpusculelor de colostrum în laptele femeilor menstruate; pentru acest autor se pare că acest fapt este corelatif cu o eliminare de toxine prin mamelă, căci în timpul perioadei catameniale unele femei simt, în adevăr, diferite turburări cari sunt considerate azi ca fiind tributare unei auto-intoxicațiuni.

---

(1) Plantier, De la température du nourrisson pendant les règles de la femme qui allaite (Thèse de Lyon, 1904).

(2) Roche, Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qui elle allaite (Thèse de Paris, 1900—1901).

(3) La o femeie menstruată Pfeiffer a constatat o creștere a zahărului de la 5,2 la 8 la 100.

Cât despre explicațiile variațiunilor lactogenesei în timpul perioadei menstruale, suntem reduși la hipoteze. Admițând că menstruația e semnul exterior al reapariției funcțiunei ovariane, s'a dedus că *prezența sau exagerarea secreției interne a ovarelor* (ovarism, hiperovarie) *în timpul lactațiunei ar produce o diminuare a secreției lactate, și laptele menstrual ar fi de calitate inferioară laptelui amenoreic*. Din nenorocire această chestiune n'a fost încă elucidată la femei, și studiile experimentale făcute la animale pentru a constata influența ovarizației asupra galactogenesei nu permite a se trage vre-o concluzie hotărâtoare (1).

Din punct de vedere terapeutic, cazurile în cari trebuie suprimată alăptarea sunt excepționale. Revenirea regulelor nu devine vătămătoare de cât atunci când apare de la începutul lactațiunei. Și chiar în aceste cazuri, dat fiind că influența menstruației asupra secreției lactate nu este de cât pasageră, nu există o indicație suficientă pentru a întrerupe alăptarea. După Hertoghe *medicația thyroidiană* exersând o acțiune inibitorie asupra activităței utero-

---

(1) In 1907, S. Marbé (Principiul hiperovarismului menstrual și valoarea sa biologică, theză de doctorat, București) a încercat în laboratorul d-lui prof. I. Cantacuzino o serie de experiențe pentru a verifica *acțiunea hiperovarismului asupra secreției mamare*. Injectând ovarină la capre, acest autor a făcut cu d-rul A. Babeș analize comparative de lapte de capră hiperovarizată și de lapte de capră normala. Iată într'un tablou analiza calitativă și cantitativă practicată de A. Babeș:

Substanțe dozate	In 24 ore		La litru	
	Inainte de tratament	După ovarisare	Inainte de tratament	După ovarizare
Unt	15,97	9,65	21,88	26,48
Caseină	21,32	14,07	29,20	38,56
Lactoză	22,52	17,78	30,85	48,72
Acid fosforic	1,75	0,84	2,40	2,32
Chlorură de sodiu	0,85	0,34	1,17	0,94

Rezulta din aceste constatațiuni că laptele de capre supuse la opoterapia ovariană prezintă: *a)* o diminuare considerabilă de cantitate care scade de 50 la 100; *b)* o diminuare foarte accentuată și globală a tutulor substanțelor dozabile; *c)* o diminuare absolută a accidului fosforic și mai ales a chlorurei de sodiu; o mărire relativă și puțin speciabilă a untului și caseinei; o mărire relativă dar foarte sensibilă a lactosei.

anexiale şi o influenţă excitatrice foarte pronunţată asupra glandelor mamare, acest autor preconizează thyroidisarea pentru a accelera galactogeneza. „Dacă o doică observă apariţia regulelor sale şi dacă laptele său scade, e suficient a o supune la opoterapia thyroidiană pentru a suprima menstruaţia şi a întări lactaţia“. Această practică este confirmată de experimentaţie. Moussu a arătat că thyroidectomia la capră turbura defavorabil lactaţia.

6. *Sarcina*. Se ştie că menstruaţia este în general funcţie de ovulaţie. Dar ovulaţia şi prin urmare fecondaţia pot exista fără menstruaţie. Aceste cazuri se observă de exemplu la amenoreicele patologice (tuberculuză, paludism, maladia lui Brigh, chlorosă, hysterie, guşe exoftalmică, etc.) sau fisiologice (ca în timpul alăptărei când se observă o supresie a regulelor).

Chestiunea de a şti dacă gestaţia desvoltată în cursul lactaţiei modifică sau nu compoziţia laptelui, şi prin urmare dacă o doică însărcinată poate sau nu să-şi continue alăptarea, este foarte discutată.

Se credea altă dată că sarcina modifică adânc compoziţia laptelui şi că „laptele unei femei gravide este o otravă“ Această credinţă vechie îşi găsise câţi-va apărători cari aduceau, pentru a o susţine, două feluri de argumente: clinice, chimice.

Se observase, în adevăr, că dacă sarcina apare în cursul alăptărei, secreţia laptelui diminuează, femeia se osteneşte şi copilul slăbeşte. Alţi autori, analizând laptele de doică însărcinată găsiseră modificaţiuni sensibile în compoziţia sa chimică. O vechie analiză a lui Vernois şi Becquerel arată că laptele unei doici gravide de 3 luni *era mai concentrat, mai bogat în zahăr şi în unt, mai sărac în materii proteice*. Martin—Damourette afirma de asemenea că *gestaţia provoacă revenirea laptelui în stare colostrală*. Şi pentru toate aceste motive se ajunsese la concluzia că laptele unei femei însărcinate era vătămător şi de aci sarcina fu considerată ca o indicaţie formală pentru a înceta alăptarea.

La o prejudecată, foarte acreditată altă dată, se opune azi, graţie cercetărilor lui Pinard, Budin şi alţii (1) o teorie cu totul opusă: *o femeie gravidă poate alăpta*. Această nouă opinie, admisă de aproape totalitatea autorilor, este bazată pe: 1. fapte de observaţie clinică, 2. cercetări teoretice.

a) Observaţia clinică arată, în adevăr, că există femei însărcinate cari nu încetează de a alăpta până în momentul naşterei, şi cari dau lapte fără întrerupere la mai mulţi copii în acelaş timp.

---

(1) A se consulta: P. Capart, De l'allaitment pendant la grossesse (Thèse de Paris, 1898). Poirier, Des nourrices enceintes. Influence de leur grossesse sur l'enfant qu'elles allaitent (Thèse de Paris, 1890 — 1891)

Această practică, precum o remarcă Pinard „n'are nici un inconvenient pentru mamă, pentru copil care continuă a prospera, şi pentru fetus care se desvoltă perfect". După profesorul din Paris frica de avort este chimerică.

Budin este mai rezervat; el admite că în marea majoritate de cazuri noul-născut nu sufere: şi numai în câte-va cazuri apariţia unei sarcini la o doică este defavorabilă pentru copilul pe care îl alăptează. Şi acest autor se întreabă „dacă, mai ales în marile centre, mama poate fără nici un incovenient să suporte greutăţile unei alăptări şi unei sarcini simultane, adică să hrănească doi copii în acelaş timp".

b) In clinica comparată se găsesc fapte analoage. Ast-fel că în seria animală alăptarea de către o femelă însărcinată este aproape regulă. La vacă, spre exemplu, secreţia lactată poate să rămână normală în timpul sarcinei, şi îndestulătoare până la termen; în general ea începe să diminue către mijlocul sarcinei. Se ştie de asemenea că iepele gravide sunt duse la armăsari 8 zile după naştere, ceea-ce nu împiedică să-şi alăpteze mânjii lor. Măgăriţa şi capra gravidă, după câte-va creşteri ar procura un lapte de cea mai bună calitate.

c) Analize riguroase, au arătat de alt-fel că nu sunt diferenţe bine stabilite între laptele unei doici însărcinate şi alteia neînsărcinată. Câte odată totuşi, se constată, către finele sarcinei, o scădere a cantităţei laptelui şi o mărire a materialurilor solide. Cât despre reapariţia corpusculilor de colostru sub influenţa gestaţiunii este un fapt rar; întoarcerea la starea colostrală a laptelui n'a putut fi observată de cât în câte-va cazuri rare, către sfârşitul sarcinei.

Cercetările lui Vernois şi Becquerel, care au studiat comparativ compoziţia laptelui în seria animală şi în special la vaci (dintre cari 20 gravide şi 20 în stare de vacuitate), au arătat că gestaţiunea n'are influenţă manifestă de cât când ajunge către termen; atunci numai laptele devine mai concentrat, cantitatea sa diminue şi corpusculii de colostru reapar.

d) *Conduita ce trebue păstrată* în prezenţa tutulor acestor divergenţe asupra modificărilor secreţiei lactate în cursul sarcinei e variabilă; nu se poate stabili o regulă precisă asupra indicaţiunilor şi contra-indicaţiunilor alăptării la doicile gravide.

Trebue să se ţină seamă de circumstanţele diverse, care se pot grupa în mai multe categorii: *a)* când sarcina survine la o doică *al cărei copil este deja în vârste de mai mult de 6 luni* şi este într'o foarte bună stare, se poate transforma (dacă sunt indicaţiuni precise din partea mamei sau a copilului) alăptarea maternă în alăptare artificială. β) *Dacă examenul curbei greutăţilor şi a dejecţiunilor copilului arată că el sufere,* dacă microscopul face să se recunoască prezenţa corpusculilor de colostru în lapte, va trebui să se întrerupă îndată alăptarea (Marfan). γ) Când sarcina survenită la o femee care nutreşte, aparţinând clasei înalte a societăţii, *este origina de preocupaţii vii şi de turburări morale* suntem conduşi în oare-care cazuri să-i recomandăm încetarea alăptărei. δ) In toate cele-lalte cazuri şi mai ales când doica este viguroasă, copilul fiind în vârstă de mai puţin de 6 luni, alăptarea poate fi continuată fără nici un incovenient.

7. *Castraţia.* Posedăm puţine documente asupra modificărilor secreţiei lactate prin castraţie. (1) Lipsesc fapte precise asupra alăptării la femeile cărora li s'a făcut ablaţiunea bilaterală a ovarelor. Se ştie totuşi că la animalele castrate debitul de lapte se prelungeşte în general cu mai multe luni de cât la animalele normale. Autorii au constatat: *a)* o mărire de aproape 50 la 100 din volumul total al laptelui, *b)* o prelungire de şease luni aproape a lactopoiesei.

Ast-fel în unele ţări din străinătate este obiceiul de a se ovariotomisa sistematic vacile industrializate (2). Observaţiunea clinică a arătat în câte-va cazuri că la femeile ovariotomisate (operaţia lui Porro, ovariotomie bilaterală, hysterectomie cu anexectomie) se produce o mărire calitativă şi cantitativă a laptelui (Delbet) (3).

---

(1) A se consulta: Halban, Die innere Secretion von ovarium und Placenta und ihre Bedeutung für die Function der Milchdrusse (Archiv für Gynaek. Bd. LXXV, Hft 2, p. 353).

(2) In obstetrica veterinară se posedă documente mai numeroase relativ la rezultatul acestei operaţiuni. Charlier (Journal des connaissances médicales, t. VIII, p. 305) pretinde că ovariotomia bilaterală practicată pe vacă în cursul lactaţiei augmentează cantitatea laptelui: ast-fel el castrează sistematic vacile pentru a obţine o lactaţie mai abundentă şi mai prelungită.

După Desbans (Journal des connaissances médicales, 2-a serie, t. V. p. 21) castraţia ar avea drept efect de a diminua secreţia lactată. E. Marchand (în: Wurtz, Dictionnaire de chimie, article: lait par A. Gautier p. 194) crede că sub influenţa castraţiei laptele reia în mod temporal caracterele colostrului. După Bouchardat şi Quevenne (Du lait, fasc. II, pag. 94) în sfârşit, această operaţie nu pare să modifice composiţia laptelui.

(3) P. Delbet (Séméiologie des organes génitaux, in: Bouchard, (Traité de pathologie générale, T. V. p. 316 Paris) admite că lactaţia este mai abundentă la femeile, cărora li s'a făcut operaţia lui Porro.

Exagerația lactațiunii la femeile castrate pare a fi legată de absența secrețiunii interne a ovarelor. Și din această accelerație a lactațiunei la femeile lipsite de ovarele lor s'a dedus că *secrețiunea internă a ovarelor are o influență incontestabilă asupra lactogenesei.*

La femeile amenoreice, (hypoovarie, diminuția secreției interne ovariene) ca și la cele ovariotomisate (hypoovarie, anovarie) s'ar constata: o augmentație absolută a untului, a caseinei și a sărurilor (clorur de sodiu, acid fosforic), și în același timp o diminuție foarte apreciabilă a cantității de lactoză și a apei (1). Augmentația sărurilor: *a clorurului de sodiu și mai ales a acidului fosforic* ar fi caracterul specific al laptelui femeilor anovarice. Ar fi aci o formulă chimică cu totul contrară a acelei a laptelui animalelor ovarisate experimental (2).

8. *Interrupțiunea alăptărei.* Oare-care doici pentru motive diverse (afecțiuni ale sânului sau maladii generale) pot fi obligate să suspende pentru moment alăptarea pentru a o relua peste cât-va timp.

---

(1) Iată, după Oceanu și Babeș un tablou arătând compoziția chimică a laptelui de capră înainte și după ovariotomie:

Substanțe dosate	Inainte de castrație	După castrație	Un an după castrație
Unt	4,88	5,85	5,880
Caseină	3,48	5,96	6,62
Lactosă	3,01	2,41	1,94
Lacto-albumină	0,99	1,44	0,90
Substanțe fixe	13,59	14,59	14,97
Săruri	0,94	1,14	0,88
Cloruri	0,41	0,44	0,38
Acid fosforic	0,28	0,87	0,36
Apă	85,99	82,43	85,28
Densitate	1,03	1,03	1.03

(2) In România, primele cercetări experimentale asupra modificărilor laptelui după castrație, au fost făcute la capră de către: P. Oceanu și A. Babeș (Ovariotomia și efectele ei la capră; Congresul asoc. române pentru înaintarea științelor, 1903) și de către D. Petrescu la oi (Ovariotomia la oae și efectele ei asupra composiției chimice și caracterele fizice a laptelui, Teză București, 1904).

Marbé (Teză, p. doctorat, București 1907) injectând ovarină, a practicat analiza laptelui la caprele hyperovarizate experimental. Aceste analize par atât de demonstrative în cât acest autor crede că poate să conchidă că: *diminuția lactozei cu mărirea cantității sărurilor este semnul specific al anovarismului.* Din contra, un lapte oferind *o augmentație a cantității lactozei cu diminuția forforului și mai ales al clorurului de sodiu poate fi corsiderat ca specific al hyperovarismului*

Alăptarea întreruptă un timp oare-care (2—3 săptămâni) determină o` diminuţie a secreţiunei laptelui şi în unele cazuri, poate face pe mamă impropie alăptării. In general, când întreruperea nu a depăşit 15 zile, funcţiunea nu este suprimată în mod definitiv, laptele se reîntoarce încetul cu încetul în sânuri şi alăptarea poate fi reluată cu succes. Sunt chiar cazuri excepţionale unde secreţia lactată poate să se stabilească după o întrerupere destul de lungă, nu numai după câte-va săptămâni dar chiar după mai multe luni.

Trousseau a arătat, printre cei d'ântâi, că alăptarea suspendată cu ocazia unei boale poate fi reluată câte-odată cu succes. El a raportat un caz în care „o doică intră în spital la o perioadă mai mult sau mai puţin avansată, de o maladie acută, cu un copil într'o stare rea; ea încetă de a-l alăpta. Convalescenţa se stabili, ea încercă să-i dea sânul şi în câte-va zile secreţia lactată se stabili“.

Comby a observat un caz unde alăptarea întreruptă *o săptămână* după naştere fu reluată cu succes după o întrerupere de *cincisprezece zile*. Acest autor a văzut de asemenea o doică, care după o întrerupere de *44 zile* cauzată de scarlatină, a putut să dea sânul din nou cu un succes desăvârşit (citat de Marfan, p. 237).

Intreruperi şi mai lungi încă au fost constatate de autori. N. Martin citează un fapt în care secreţia s'a stabilit după cinci luni de întrerupere. Mama care încetase alăptarea 3—4 zile, după naştere, dete să sugă unui câine mic timp de 2 zile, după care secreţia lactată se stabili şi copilul putu fi pus la sân imediat.

Marfan a observat asemenea un caz, în care o femee alăptă copilul său cu succes până în a 5-a lună; după o întrerupere de *3 luni*, mama reîncepu alăptarea. Revenirea laptelui sub influenţa sugerilor energice ale copilului se făcu în mod progresiv şi secreţia lactată fu suficientă pentru ca mama să continue a alăpta până în a 13-a lună şi pentru ca greutatea copilului să se mărească în mod progresiv. Acelaşi autor a observat, în plus, două alte cazuri de reluare a alăptării; într'unul după o întrerupere de *17 zile,* provocată de o pneumonie, în altul după o întrerupere de *25 zile,* provocată de o angină difterică, secreţia lactată putu să se restabilească în mod gradat.

Când pentru motive serioase este necesar de a se întrerupe cât-va timp alăptarea, va fi bine, ca în timpul suspendărei punerei la sân, să se evacueze în mod destul de regulat mamela cu un tire-lait în vederea reluărei posibilă a alăptării.

9. *Starea mamelelor. Producţiunea inegală a celor două sânuri.* Starea aparatului mamar poate influenţa de asemenea secreţia lactată, dând loc la alteraţiuni cantitative sau calitative.

Se pare că *mamelele foarte dezvoltate* procură un lapte mai abundent şi puţin mai bogat. Sunt totuşi femei, care cu sânuri foarte puţin dezvoltate procură o destul de mare cantitate de lapte.

Sunt cazuri excepţionale unde compoziţia ca şi cantitatea laptelui *variază de la un sân la altul.* Sânul stâng este de ordinar mai productiv. Sourdat (1) a observat totuşi o femee la care sânul drept procura o cantitate de lapte aproape de 2 ori mai mare şi acest lapte conţinea câte odată de 2 ori mai multe materii azotate şi de 9 ori mai mult unt de cât acela al sânului stâng; zahărul şi sărurile erau mai puţin abundente aci. Brunner (2) a găsit la vre-o 20 femei că de la un sân la altul proporţia diferitelor materialuri solide variază în modul următor:

Albuminoide . .	de la	1,8 . . .	la 15,4	la	100
Grăsimi	„ „	2,4 . . .	„ 45,1	„	„
Zahăr	„ „	46,6 . . .	„ 69,3	„	„

10. *Turburările sistemului nervos.* Influenţa cauzelor morale asupra lactaţiei este din cele mai manifeste. Femeile, care sunt neliniştite la ori-ce ocazie, cari sunt impresionabile până la exces, sunt în general doici rele, contrar femeilor calme, pe care nimic nu le turbură (Ribemont-Dessaignes şi Lepage). La câte-va doici vederea şi plânsul copilului lor, care cere să sugă fac să se umfle sânurile şi să aflueze laptele. Acest fenomen se exagerează şi se perverteşte la câte-va femei şi le face să simtă o voluptate particulară, care poate deveni o pasiune jenantă: ele au copilul lor neîncetat la mamelă, care secretă în mod abundent; sfârşesc prin a se epuisa, prin a slăbi şi sunt obligate să înceteze de a alăpta (Marfan). (3)

Diverse alte cauze psihice influenţează asupra secreţiei lactate modificând nu numai cantitatea dar chiar calitatea, compoziţia chimică a laptelui. Toţi medicii au observat cazuri unde o emoţie, o spaimă, o supărare a doicii s-au resimţit asupra secreţiei lactate. Ca şi emoţiile de lungă durată, supărările prelungite, depresiunea morală provoacă o diminuţie şi o alteraţie permanentă a secreţiei mamare.

Cliniceşte, se apreciează aceste diferite alteraţiuni ale laptelui *după turburările copilului.* S'a observat într'adevăr că în aceste cazuri copilul poate fi apucat de diaree și să piardă din greutate, D'Ardenne a văzut un copil, care prezenta fenomene de agitație ori de câte ori doica sa se dedase la excese genesice prelungite.

---

(1) Sourdat. C. R. de l'Académie des Sciences, t. LXXI p. 87, 1870.

(2) Brunner, Arch. f. d. gesammte Physiol t. VII.

(3) La câte-va animale se pot observa fapte analoage. Sunt femele, care nu dau lapte atât timp cât văd puiul lor legat departe de ele, şi dau în mod abundent îndată ce el se apropie. Asemenea mama „reţine laptele său“ dacă mulsul este făcut cu brutalitate de o persoană pe care ea n'are obiceiul să o vadă. Sunt, în sfârşit cazuri unde supresiunea laptelui urmează unei spaime (D'Ardenne).

Neslier a semnalat accidente mai grave la copil, ca atacuri epileptiforme, în urma turburărilor psihice ale doicii. O veche experiență arată că emoțiile doicii pot altera laptele în mod vătămător pentru copil. Se citează cazuri când după o emoție violentă a mamei, copii până aci sănătoși, să cadă în mod brusc bolnavi, să strige, să aibă vărsături, să slăbească. Moartea chiar a fost consecință (Ch. Berlin, Mende, Schneider, Ulsamer, L'Héritier). Ar fi interesant de a se face cercetări chimice serioase din punctul de vedere al produselor anormale, care se elimină prin lapte, toxice pentru copil.

Nu există de cât foarte puține documente precise, din punctul de vedere *al analizei chimice a laptelui alterat* prin emoțiile morale. Simon, la o femee apucată de febră în urma unei violente supărări, găsi mai multă caseină, mult mai puțin unt și ceva mai puțin zahăr de cât avusese în ajun; acest lapte lăsat la aer devine repede acid și degaje peste puține ore acid sulfidric. Vernois și Becquerel au analizat lapte cules după o violentă emoție însoțită de febră la o femee al cărei lapte fusese deja analizat câte-va zile înainte; acest lapte alterat conținea mai multă apă și caseină, mai puțin zahăr, săruri și mai ales unt. După atacuri epileptice, Meslier a văzut laptele unei femei devenind foarte acid.

Aceste diverse modificări pot fi *pasagere* sau *durabile*, durata lor variând, bine înțeles, cu intensitatea și cu durata cauzelor, care le-au produs. Ast-fel că conduita ce trebue păstrată în aceste circumstanțe este variabilă. Dacă în imensa majoritate a cazurilor se poate continua alăptarea sunt totuși cazuri unde „în interesul mamei și al copilului este mai bine să se decidă încetarea alăptării“ (Marfan).

11. *Maladii. Alăptarea la femeile infectate.* Influența maladiilor doicii, care au o oare-care intensitate și oare-care durată, asupra secreției lactate a fost observată de toți clinicianii (1). Ea se traduce prin modificări cantitative și *mai ales calitative*. Se pare în mod general, că cea mai mare parte din stările morbide ale doicii au drept

---

(1) Consultați: Mochez, De l'influence des maladies aiguës sur l'allaitement (Thèse de Paris (1890—1891). Trégouet, De l'allaitement dans les suites de couches pathologiques et quelques autres états infectieux (Thèse de Paris, 1902)

efect de a *diminua secreţia lactată* şi de a provoca *întoarcerea laptelui la starea colostrală*. (Donné). Experimentaţia arată de alt-fel că *laptele poate să conţie toxinele şi antitoxinele oare-căror maladii* (1). In sfârşit se ştie de asemenea *că microbii patogeni ai diverselor infecţiuni se pot elimina prin mamelă.*

Vom vedea mai departe ce este cu trecerea în lapte a baccilului Koch. Cât despre trecerea microbilor diverselor infecţiuni acute, nu posedăm încă cercetări precise asupra acestei chestiuni. Cum am spus studiind fiziologia lactaţiei, este greu de a se şti dacă microbii găsiţi în lapte vin direct din sânge fără leziune locală a mamelii, sau dacă infecţiunea sanguină a produs în glandele mamare localizări microbiene, mamite diverse de aceiaşi natură ca infecţiunea iniţială. Ceea-ce se ştie astă-zi este că laptele unei femei infectate poate să conţie germenii maladiei, fără ca glanda mamară să prezinte leziuni.

H. Roger (2) a încercat să lase mame atinse de infecţiuni acute de a nutri copii lor şi nu a observat nici un accident grav din partea copilului. La un total de 100 femei (atinse de rugeolă, scarlatină, erisipel, angină, oreillon) de 2 ori numai copiii au fost infectaţi: unul a contractat rugeolă, altul erisipelul mamei. Dar la amândoi infecţia fu foarte benignă. Această imunitate a copiilor face pe Roger să se gândească că: *laptele conţine de la începutul maladiei materne substanţe vaccinante, ceea-ce explică inocuitatea alăptărei de către femeile infectate.*

Cât despre acţiunea maladiilor asupra conţinutului laptelui în diversele sale principii constituante (materie grasă, lactosă, caseină) ea pare destul de variabilă după cum este vorba despre maladii acute sau cronice, şi după fie-care maladie în particular (3).

a. *Maladiile acute*, în general, micşorează cantitatea secreţiunii şi aduc modificări profunde în compoziţia sa; materialurile solide (caseină, unt, săruri) se măresc, pe când zaharul, apa, diminue (Vernois şi Becquerel).

După Ludwig, *febra* diminue cantitatea secreţiei totale şi proporţia sărurilor şi a grăsimei.

Febra tifoidă, de exemplu, diminue proporţia tuturor principiilor solide ale laptelui ;apa şi sărurile sunt mai mărite.

---

(1) Const. Daniel, Lactaţia la femeie, studiu fiziologic normal şi experimental (Revista ştiinţelor medicale, 1908, No. 9—10, Bucureşti).

(2) H. Roger Les maladies infectieuses (T. I. p. 88 şi T. II. pag. 1115, Paris).

(3) Consultaţi: Grellet De l'établissement de la lactation considérée dans ses rapports avec l'état fébrile aigu, (Thèse de Paris, 1871).

b. *In maladiile cronice*, apa și caseina diminue; zahărul rămâne în cantitate normală; untul și sărurile se măresc. Sunt totuși câte-va diferențe pentru fie-care maladie. Ast-fel în *tuberculoză* cu diaree, apa se mărește și untul diminuă mult. După Ludwig (Centr. f. gynaek 1894, p. 342) care nu a examinat de cât femei ce au născut de curând, în tuberculoză laptele se remarcă prin abundența de grăsime.

Sifilisul nu pare să modifice compoziția laptelui (Simon).

In *icter* laptele devine galben și, conține pigment biliar.

Osteomalacia determină în lapte o augmentație a calciului, care este cu mult superior de normală (Gusserow).

Anemiile consecutive hemoragiilor puerperale determină o diminuție a sărurilor, a grăsimei și al zahărului (Ludwig) (1).

Se apreciază *cliniceşte* gradul alterației secreției lactate al doicei, atinsă de o maladie generală sau locală, după starea sugaciului. Laptele alterat se resimte în mod vătămător asupra copilului. Provoacă *turburări digestive* (2) și aproape totdeauna o diminuție *sau o oprire în creșterea greutății*. Aceste diverse turburări ale copilului nu depind de o cauză unică. Pot fi datorite, fie: *a)* modificărilor *chimice* ale laptelui, *b)* prezenței *microbilor*, *c)* în sfârșit existenței *toxinelor*.

Insă este probabil, că din aceste trei cauze, toxinele joacă rolul principal. Compoziția chimică a laptelui poate, în adevăr, să varieze

---

(1) Iată după A. Gautier (Traité de chimie, T. III, p. 621, Paris) compoziția medie a laptelui în câte-va maladii:

Pentru 1.000	Stare fiziologică medie	Maladii acute în general	Febră-tifoidă	Febră, Curbatură	Pleurezie acută	Metro-peritonită	Maladii chirurgicale în general
Unt	— 26,7—	— 29,9—	9,1	38,9	54,1	35,0	—32,6—
Zahăr	— 43,6—	— 33,1—	31,5	32,1	32,9	30,1	— 43,4—
Caseină și materii extractive . .	— 39,2—	— 50,4—	32,9	47,7	42,9	48,8	— 37,1—
Săruri	— 1,38—	— 7,5—	2,2	6,9	1,4	4,48	— 15,0—
Apă	889,1	884,9	924,3	880,3	888,9	885,5	—885,8—

(2) S'au publicat fapte ce demonstră că o infecție intercurentă, chiar benignă poate să confere laptelui o oare-care toxicitate și să provoace la copil diverse accidente și, în special diaree. Aceasta s'a văzut în cursul unei amigdalite flegmonoase (Hénoch) sau unui vaccin (Marfan).

în limite destul de întinse fără să aducă turburări copilului. Explicaţia alteraţiei laptelui doicelor bolnave trebue să fie căutată aiurea. „Dacă acest lichid, zice Marfan, căpătă propietăţi irrltante, este pentru că cuprinde produse anormale; el conţine câte odată microbi, dar este probabil *că substanţele de ordinul toxinelor trebuesc incriminate cel mai adesea ori ca o cauză a turburărilor digestive a copiilor, ce survin în cursul maladiei doicei*".

Conduita de păstrat, când doica este atinsă de boală, se reduce la două posibilităţi:

a) a continua alăptarea, *b)* a o suspendà momentan sau în mod definitiv. Cu Marfan, noi putem spune că elementele de apreciare se deduc după *contagiositatea, gravitatea, durata boalei* (infecţie lungă sau trecătoare). In ceea-ce priveşte infecţiunile, se pare că laptele unei femei bolnave modificat în compoziţia sa chimică, modificat prin trecerea toxinelor şi probabil a microbilor *nu poate constitui un aliment perfect pentru copil* şi în aceste cazuri, părerea noastră este *de a întrerupe cel puţin pentru moment lactaţiunea.*

Diferitele cazuri care se întâlnesc în clinica jurnalieră pot să se reducă la 3 grupe separate:

a) *Maladiile acute contagioase* (1) (febre eruptive, difterie, pneumonie, febră tifoidă, erisipel, infecţiune puerperală, etc.) mai ales când sunt de lungă durată (ca febra tifoidă), *necesită suspendarea alăptărei*, ori-care ar fi modul contagiunei prin lapte sau prin contactul între doică şi copil (2). In majoritatea cazurilor, se va ţine compt de două elemente: *interesul mamei şi interesul copilului.* Precum o spune Briens (1): „In unele cazuri de maladie acută alăptarea este periculoasă pentru mamă, fiind o cauză de extremă epuizare, şi pentru copil care suge un lapte alterat, bogat în toxine“.

---

(1) A se consulta: Budin et Perret, De l'Allaitement dans les suites de cauches pathologiques (L'obstétrique, 15 novembre, 1901). — Roger, Les Maladies infectieuses T. II, p. 1114, Paris 1902.

(2) Această regulă nu e absolută. H. Roger (Les maladies infectieuses, T. II, p. 1115, Paris) a observat o serie de mai bine de 100 femei atinse de diverse infecţini acute şi cari au nutrit copiii lor, fără ca să se fi produs vre-o complicaţie dinspre partea mamei în timpul întregei maladii. Doi copii numai contractară rugeola şi erisipelul, cari în ambele cazuri fură benine. Chiar în variolă, dacă copilul a fost vaccinat, alăptarea n'are nici un incovenient, cel puţin în formele uşoare, căci în formele grave secreţia este prea adânc turburată pentru ca alăptarea să fie posibilă. Ast-fel că acest autor recomandă *continuarea alăptărei în infecţiunile acute. In infecţiunile prelungite precum şi în cazurile complicate de mamită infecţioază el interzice alăptarea.*

Marfan nu împarte aceiaşi părere, el crede că aceste succese trebuie considerate ca excepţionale.

b) Maladiile acute necontagioase, după gravitatea lor, comandă continuarea sau suspensiunea alăptărei. Ast-fel în cazurile legere (angină simplă, turburări gastro-intestinale uşoare, herpes febril, etc.) putem permite *continuarea* alăptărei. Din contră, în stările mai grave (pleurezii, reumatizm articular acut, bronchite intense, icter cataral, etc.) trebue să ordonăm *suspensiunea temporară* a alăptărei pentru a evita, ast-fel, de a osteni doica şi a expune copilul la o deperire prea considerabilă. In cursul convalescenţei, dacă întreruperea n'a fost prea lungă, şi dacă starea generală este bună, se va pune din nou copilul la sân. Dar, de obiceiu, când maladia durează de mai bine de o lună, când convalescenţa lasă pe doică epuizată, supresia alăptărei va fi *definitivă.*

c) Maladiile şi infecţiunile chronice, cu tendinţă cachectisantă (cancere, cardiopatii, nefrite chronice, afecţiuni hepatice, maladiile centrelor nervoase, afecţii gastro-intestinale, utero-anexiale, etc.) reclamă *supresia definitivă a alăptărei pentru că mama este totdeauna o doică rea.*

Printre infecţiunile chronice, *tuberculoza confirmată* contraindică în prima linie alăptarea, pentru-că alăptarea accelerează mersul maladiei în cea mai mare parte din cazuri. Pe de altă parte laptele femeilor tuberculoase este de o calitate mediocră, şi în fine trebuie să evităm cât mai mult contactul între mamă şi copilul său pentru a evita şansele de contagiune (H. Roger).—După majoritatea autorilor şi după experienţa mea personală *o mamă tuberculoasă nu trebue să alăpteze.* Anatemul clasic al lui Peter (2): „femme tuberculeuse pas de grossesse, pas d'allaitement“ ne pare o lege (3).

---

(1) Briens, Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein (Thèse de Paris, 1902).

(2) Peter, Clinique Médicale, t. II, 3-e édition, 1883, p. 133.

(3) Există totuşi autori cari recomandă alăptarea, la femeile tuberculoase. Schlossmann (Monatschr. f. Geburtsh. und gynäk. Juin, 1903) între alţii a susţinut că se poate permite alăptarea la sân pentru mame şi chiar pentru doicile mercenare atinse de forme încă curabile de tuberculoză.

Alta e conduita de ţinut cu *femeile predispuse hereditar la tuberculoză.* (1) Un oare-care număr de autori admit că: lactaţia nu predispune, nu accelerează tuberculoza. Pidoux (2) scrie că alăptarea întârzie naşterea tuberculozii. Prof. Pinard (3) susţine de asemenea că *alăptarea nu redeşteaptă tuberculoza.* Aceste idei au fost reluate recent în teza de doctorat a lui: Vladislas Kamia (4), unde putem citi că există foarte puţine cazuri (0,8 la 100) în cari debutul tuberculozei la femeile predispuse hereditar putea fi atribuit puerperalităţei.

Ori-cari ar fi rezultatele excelente obţinute de prof. Pinard, în prezenţa opiniilor contradictorii şi până la noi dovezi, noi consiliăm supresia alăptărei: *la femeile predispuze hereditar, la cele cu antecedente personale suspecte, precum şi la tuberculozele confirmate.*

Cât despre transmisiunea tuberculozei prin lapte aceasta e un fapt cu totul rar (5). Pare dovedit azi, în urma cercetărilor lui Bang,

---

(1) A se consulta: Dubreuilh, Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phtisie (Acad. de Médecine, t. XVII, 1851).—De la această epocă au apărut ca lucrări mai vechi tezele: Lasègue (1856), Delsouillier (1866), Eloy (1873), Ortega (1876), Roche (1882), Petiau (1885), Rebiere (1900), cari au adus numeroase observaţiuni favorabile la teoria tuberculizărei femeilor predispuse hereditar, în cursul lactaţiunei; în fine mai recent teza lui Gilbert (Contributions à l'étude de la grossesse et de l'accouchement dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonare (Bordeaux, 1898).

Aceste idei au fost din nou discutate în excelenta teză a lui G. Vitry (Etude sur la physiologie de la nourrice, Paris, 1905, p. 90).

(2) Pidoux, Etudes générales et pratiques sur la phtisie, Paris.

(3) Pinard, in: Queirel, Leçons de clinique obstétricale, Paris, 1902.

(4) Vladislas Kamia, De l'influence de la puerpéralité sur la femme predisposée à la tuberculose, Paris, 1904.

(5) Se ştie, de exemplu, în patologia veterinară că această transmisibilitate este excepţională. Din 54 vaci atinse de tuberculoză generalizată, Nocard n'a găsit de cât 3 ale căror mamelă să fie tuberculoasă. Laptele unei vaci tuberculoase nu este virulent atât cât mamela este sediul de lesiuni tuberculoase. Insă această proposiţiune nu este în mod general admisă. Bang a inoculat la cobai lapte provenind de la *21 vaci tuberculoase neavând lesiuni la nivelul mamelii;* de 4 ori tuberculoza se dezvoltă: este adevărat că la 3 animale un examen mai atent permise să se găsească câte-va tubercule mamare, care trecuseră mai înainte neobservate. *Insă într'un caz laptele se arătase virulent fără ca glanda să fie atinsă* (H. Roger, Les maladies infectieuses t, I, p. 86).

In mod practic, ingestiunea laptelui virulent nu este real periculoasă decât dacă laptele conţine un mare număr de baccili. Pericolul ingestiuni *laptelui crud* nu

Escherich, etc., și mai recent ale lui Fede (1) confirmate de Bonis, că: *laptele nu e susceptibil de a transmite tuberculoza de cât în cazuri excepționale unde există leziuni mamare tuberculoase.* Nu există de cât o singură observație serioasă, a lui Roger și Garnier (2) stabilind trecerea bacilului lui Koch în secreția lactată. In acest caz laptele femeei era bacilifer și capabil de a transmite tuberculoza copilului, *fără ca glanda mamară să fi fost atinsă de leziuni tuberculoase locale.* Observația lui Roger constitue deci un document prețios, în acest sens că vine în contra opiniei clasice și stabilește că laptele unei ftisice poate une-ori să se arate virulent și să dea loc la o contagiune prin lapte (3).

O excepție este făcută pentru *sifilis.* Se știe cât este de important să se lase ca mama să-și nutrească copilul ei. Legile lui Colles și ale lui Profeta reamintesc că nu este în această practică nici un incovenient: dacă unul din doi, mama sau copilul, este singur contaminat, maladia nu se transmite la celălalt. Femeile sifilitice nu trebue să-și dea nici odată sânul la alți copii căci ar risca să-i contamineze. Contaminația se face nu prin intermediul laptelui, ci prin vre-o escoriațiune simplă sau specifică a mamelonului.

12. *Alimentație.* Influența alimentelor asupra secreției lactate e incomplect cunoscută. Insă cea ce se știe, este că această influență variază cu cantitatea și cu natura alimentelor ingerate. Ea poate avea acțiune asupra cantității totale a laptelui ca și asupra compoziției sale chimice.

O alimentație substanțială și abundentă mărește cantitatea totală a laptelui ca și materialurile solide. Vernois și Becquerel

---

există în realitate decât pentru persoanele care fac din el hrana lor exclusivă sau principală, adică copii mici și oare-care bolnavi. De când Gerlach a arătat că laptele vacilor contaminate poate transmite tuberculoza, numeroase experiențe au venit să confirme scest fapt și să arate rolul acestui lichid în etiologia tuberculosei abdominale la copii (Klebs, Arth, Cohnheim). Incălzirea deci a laptelui se impune pentru a evita ori-ce pericol.

(1) W. Fede, Transmissibilità delle tuberculosi per lattazione (Congresso pediatrico italiano; analisat in: La Riforma Medica, 1892, Vol. IV, p. 236).

(2) Roger et Garnier, Passage du bacille de Koch dans le lait d'une femme tuberculeuse (Société de biologie, 24 février, 1900).

(3) A se consulta rapoartele doctorilor: Marfan (Préservation de l'enfance contre la tuberculose dans sa famille) și Heubner (Ueber die Vorbeugung der tuberculose in der famille) in: *Congrès internationnal de la Tuberculose,* Paris, 2—7 Octobre, 1905, p. 255—293 (édité chez Masson, 1905, Paris).

cred că o alimentaţie bogată măreşte proporţia caseinei şi a zahărului, pe când acea a untului şi a albuminei ar fi mai favorizată prin o alimentaţie moderată. Pfeiffer văzu, prin o mai bună alimentaţie la o femee, mărindu-se cantitatea de albumină de la *1,6 la 2, grăsimea de la 2,8 la 4,6 şi zahărul diminuând de la 5,2 la 4,5.*

O hrană neîndestulătoare determină o diminuţie a cantităţii laptelui şi o împuţinare a materialurilor solide (Decaisne, Vernois şi Becquerel). La femeile, care sufereau de foame, Simon a văzut materiile albuminoide şi mai ales untul diminuând în mod considerabil, pe când zahărul păstra proporţiunile sale normale (1) (2).

Excesul de alimentaţie poate ast-fel influenţa în mod defavorabil secreţia laptelui. După Doyère (3) laptele poate fi subit înpuţinat prin un exces de mâncare. Când regimul alimentar este brusc ameliorat se observă, după Parmentier şi Deyeux, la început o diminuţie pasageră, pe urmă o augmentaţie permanentă a cantităţii laptelui secretat.

Natura alimentelor pare a influenţa femeia, care nutreşte modificând compoziţia laptelui său. Insă nu sunt încă date precise asupra acestui subiect la femee, de o parte pentru că toate experienţele făcute la animale au fost conduse din punct de vedere agronomic, şi de altă parte pentru că majoritatea studiilor, încă necomplecte, sunt contracdictorii (4).

---

(1) Decaisne, în timpul asediului Parisului (1871) făcu interesante constatări la 43 femei, care alăptau şi care erau supuse la privaţiuni alimentare. La 15 din ele, laptele deveni mai clar, toţi copii sufereau de enterită; la alte 16 cantitatea laptelui diminuat ast-fel în cât $^3/_4$ din copii muriră de foame.

(2) După Decaisne, untul, caseină, zahărul, şi sărurile diminue, albumina creşte.

Lami la vaci văzu după o scurtă foame diminuând zahărul şi grăsimea şi mărindu-se albumina.

(3) Doyère. Etude sur le lait (Annales de l'Institut agronomique 1852, pag. 235).

(4) Iată câte-va experienţe asupra animelelor făcute la carnivore de către Ssubbotin, la herbivore de către Weiske, Kühn, citate de Tarnier şi Chantreuil. Péligot, schimbând pe rând la 15 zile regimul unei măgăriţe a văzut că sub influenţa *sfeclii* sau a *ovăzului* laptele este de o dată abundent şi bogat în caseină. Sub influenţa *morcovilor* cantitatea este foarte redusă ca şi pro-

Şi în epoca actuală se pare foarte greu a determina formula alimentară cea mai favorabilă doicei, ca şi acţiunea fie-cărui principiu alimentar (a unui regim azotat, amilaceu, sau gras) asupra laptelui femei.

Cea ce se poate afirma astă-zi este că diversele experienţe conduse în această direcţie pun în afară de ori-ce îndoială că *„natura alimentelor nu este indiferentă din punctul de vedere al compoziţiei laptelui“*. (1)

Simon(2), Decaisne(3), A. Gautier, au arătat: 1) *că un nutriment abundent în albuminoide,* în alimentaţia doicii, măreşte cantitatea totală a laptelui şi bogăţia sa în principii solide (grăsime, în particular lactosă). Din contră, o alimentaţie insuficientă în albumină diminuă cantitatea laptelui şi bogăţia sa în unt; 2) *Un exces de grăsime* nu determină o augmentaţie a untului în lapte de cât când este în acelaşi timp şi un exces de albumină, cea ce pare să probeze că grăsimea nu intervine de cât pentru a economisi distrucţia albuminei şi a permite acesteia de a servi la secreţia laptelui. 3) *Hidraţii de cărbune* au o influenţă analoagă aceleia a porţiile caseinei şi a untului. Ingestia *cartofilor* determină o augmentaţie maximă a caseinei.

Ssubbotin (citat de Gorup — Besanez) a experimentat la căţea acţiunea cărnei slabe, a grăsimei şi a cartofilor. Luând ca tip de alimentaţie regimul cărnat acest autor a constatat că: *grăsimea* ar produce la animale o diminuaţie rapidă, câte o dată încetarea complectă a lactaţiei cu o foarte uşoară modificare a compoziţiei laptelui; exista în acest lichid o diminuţie a untului, al zahărului, şi al sărurilor sale, cu o augmentaţie a materiilor albuminoide prin raport cu laptele provenind de la o căţea nutrită cu carne.

Cartofii ar da un lapte absolut diferit; cantitatea totală a materiilor fixe ar fi foarte redusă: diminuţia ar interesa caseina şi mai ales untul, care s'ar găsi redus la mai puţin de jumătatea proporţiei, pe care o atinge la câinii nutriţi cu carne. Albumina şi sărurile ar păstra aceiaşi proporţiune pe când zahărul ar fi mai abundent. Cu toată preciziunea lor, experienţele lui Péligot şi Ssubbotin nu corespund la toate cazurile. Fapte de observaţie curentă ne arată că vacile supuse la *acelaşi regim alimentar* ar procura nu numai lapte în cantitate cu totul diferită, dar încă de calitate cu totul diversă. Ast-fel s'au deosebit vaci de unt şi vaci de brânză. Vernois şi Becquerel au făcut aceleaşi constatări la femee şi cred că sunt femei cu *laptele unturos* şi, femei cu *lapte brânzos*.

---

(1) Intrebuinţarea alimentelor stricate poate occasiona diaree la doică şi la copil, după cum au probat-o observaţiile lui Sevestre, Lesage, Siebert. Intr'un caz al lui Lesage copilul sucombă în 48 ore cu simptome de cholera infantilă.

(2) Fr. Simon. Haudb. d. med. chemie, 1846, Bd. II, p. 286.

(3) Decaisne. C. R. de l'Académie des Sciences, 1873 p. 119.

grăsimii, însă mult mai slabă. Iată de alt-fel un tablou al compoziţiei *laptelui de femee* examinat în condiţiuni variabile după regimul alimentar:

Principiile laptelui	Compoziţia medie generală	Nutrimentul Bogat	Nutrimentul Insuficient	Nutrimentul Bogat în grăsime	Nutrimentul Sărac în grăsime
Unt	40,4	46	28,3	19,5	22,5
Zahăr	77,2	45,1	52,7	70,7	73,1
Materii albuminoide	9,1	20,9	16,0	7,5	7,2
Săruri	2,4	1,5	1,7	1,8	1,6
Apă	„	885,6	901,3	905,6	895,6
	(Duclaux)	(Pfeiffer)		(C. Krauch)	

In resumat, rezultă din toate cercetările acestea *că secreţia lactată cere înainte de toate o mărire notabilă a raţiei azotate şi că este bine de a se adăoga un exces de grăsime şi chiar un exces de hidraţi de cărbune* pentru a diminua distrucţia albuminei.

Cât despre proporţiile diferitelor principii alimentare, pare că rezultă din cercetările lui Forster (1) că: 1) pe când femeia care nu lucrează şi care nu alăptează are trebuinţă de o raţie cotidiană de:

85 până la 90 gr. albumină
40 gr. grăsime
320 până la 350 gr. hidraţi de cărbune,

2) trebuinţele nutritive ale unei doici sunt mai mari; şi pentru a întreţine la ea o secreţie abundentă a laptelui de bună calitate trebue:

150 până la 160 gr. albumină
100 gr. — grăsime
400 gr. — hidraţi de cărbune.

Beuturi. Lichidele luate în mare cantitate măresc fabricaţiunea laptelui şi diminuă proporţia materiilor solide, mai ales albumina şi untul. Acest fapt este mai ales evident la animale. Se ştie la vacă, că înlocuind alimentele puţin încărcate de apă prin foi verzi de sfeclă, s'a văzut după 4 zile, proporţia materiilor solide scăzând de la 151,2 la 118,2 la 1000. (2)

Higiena şi modul de viaţă (3). *Repaozul în pat* face să mărească cantitatea untului conţinut în lapte (Playfair) (4). La femeile lăptoase (vaci, capre) care nu iasă din staul, cantitatea laptelui produs pare mai considerabil.

---

(1) Forster. Ziemssen und Petteukofer's Handb. d. Hyg. 1882, t. I, p. 127.

(2) Leclerc. Bull. S-té des Agriculteurs de France, 15 mai, 1877.

(3) Southworth: The modific. of breast milk by maternel diet and Hygiene (Med. Record), avril 1902, p. 656).

(4) Playfair. On the changes of the composition of the milk (Mem. of the Chem. Soc. of London, t. I p. 74, 1843).

Exerciţiul pare favorabil la o lactaţie abundentă; la animalele care merg la păscut proporţia caseinei se măreşte şi acea a untului diminue (Playfair, Donné). Tot ast-fel prin analogie se recomandă femeilor, care alăptează de a face zilnic mişcări, în scopul de a excita fabricaţiunea laptelui.

Evacuaţiunile şi mulgerile frequente exercită aceiaşi influenţă asupra compoziţiei laptelui: laptele devine în aceste cazuri din ce în ce mai bogat în unt, şi cantitatea sa se măreşte (Lami)(1).

Oboseala pare din contră să aibe asupra producţiuni laptelui o influenţă vătămătoare: ea determină o diminuţie a untului şi o mărire a caseinei. Acest fapt găseşte confirmaţia la animale. La vacă, oboseala diminue cantitatea şi bogăţia laptelui. In laptele de măgăriţe surmenate, există mai mult unt şi săruri, mai puţin zahăr şi materii proteice de cât în stare normală; laptele este de alt-fel profund modificat, el a devenit coagulabil (Chevallier şi Henry) (2).

VI.

Durata lactaţiei.

Secreţia lactată are o durată variabilă după cum femeea alăptează sau nu (3).

La femeile care nu alăptează, laptele este secretat în mică cantitate. Tensiunea mamelelor încetează în general a 5-a până a 8-a zi, şi sau laptele secretat se resoarbe, sau se face o uşoară scurgere lăptoasă spontanee. Secreţia se încetineşte ast-fel progresiv şi sfârşeşte prin a înceta în general după *15 sau 20 zile*. La unele femei, totuşi mult timp după aceea, se poate încă presând pe mamelon la baza lui, să facă să se prelingă câte-va gute de lapte. Cu încetarea secreţiei, mamelele se ramolesc, devin flasce şi rămân în stare de repaus până la o nouă fecundaţie.

---

(1) Consultaţi: Laisney, De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes, (Thèse de Paris, 1902—1903).

(2) Chevallier et Henry. (Journal de chimie médicale, 2-e sèrie, t. V· p. 159, 1839).

(3) Să se consulte: Dunème, De la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères nourrices de la classe ouvrière de Paris, (Thèse, 1901—1902).

Când femeea alăptează, durata lactaţiei, adică timpul în care secreţia laptoasă poate conserva activitatea sa şi laptele proprietăţile sale nutritive, variază după cum femeea a alăptat deja sau nu (1).

Secreţia lactată odată stabilită — când nici un fenomen fiziologic sau patologic nu vine să o turbure — se continuă regulat, la femeile *care alăptează pentru prima oară*, de la 10 la 12 luni în general. Numai la acelea, *care au alăptat deja de mai multe ori* alăptarea poate să se urmeze mai mult timp *de la 14 până la 18 luni* şi chiar mai mult. Din acest moment, secreţia diminue progresiv şi sfârşeşte prin a dispărea. Foarte excepţional şi chiar după înţărcare şi după toate mijloacele proprii de a suprima lactaţia, secreţia lactată *persistă peste doi ani*. Insă această prelungire, nu consistă cel mai adesea ori, de cât în o slabă secreţie care poate rămâne indefinită la unele femei (2).

VII.

Substanţele cari trec în lapte: medicamente, toxine şi antitoxine, microbi. Transmisiunea imunităţei prin alăptare.

Studiind fizologia glandelor mamare am arătat rolul eliminator al acestor organe; am văzut că trecerea în mamele a unor substanţe străine introduse în organism (alimente, medicamente), sau a diferite toxine formate în economie (toxine fiziologice, diastase patologice formate în cursul unei maladii) poate să influenţeze secreţia lactată.

---

(1) Secreţia lăptoasă nu se stabileşte în mod regulat şi complect de cât la femeile ce nasc *la termen* sau aproape de termen. Ea este cu atât mai perfectă cu cât sarcina a fost mai avansată. La femeile cari au născut *in mod prematur* (din momentul viabilităţei fetului până la mijlocul lunei a 9-a, Stoltz) funcţiunea mamară se dezvoltă mai greu; secreţia este adese ori lentă şi laptele puţin abundent. La femeile care au *avortat* de abia se găseşte un travaliu lăptos apreciabil.

(2) Insă nu trebue să se uite că o mulţime de circumstanţe, unele depinzând de femeie, altele de sugaci (copii debili) influenţează asupra acestei durate care poate fi variabilă.

In câte-va cazuri, cu toată sănătatea normală, o alăptare regulată şi fără ca nimic să poată să explice, secreţia lactată survine abia peste 5—6 zile de la stabilirea sa. In alte cazuri ea se susţine destul de bine timp de 6 săptămâni, două sau trei luni, însă nu întârzieză să diminue repede sau în mod gradat.

Unele din aceste substanțe *pot să treacă în lapte în natură* fără a avea nici o acțiune asupra secreției lactate; altele *pot să modifice caracterele fizice ale laptelui;* altele, în fine, *pot să schimbe proprietățile fiziologice ale acestui lichid.* (1) Se pricepe d'aci foarte bine cum laptele încărcându-se de substanțe variabile poate să exerseze o acțiune directă asupra noului născut.

Dacă chestiunea eliminărei prin mamele a produselor *vegetale, minerale, organice* este destul de înaintată (2), cunoștințele noastre sunt mult mai înapoiate în ceea-ce privește eliminarea toxinelor, antitoxinelor și germenilor patogeni prin lapte. Trecerea în glandele mamare a *toxinelor* elaborate de organismul bolnav (auto-intoxicație sau hetero-infecție) a fost mai ales dovedită prin lucrările lui Brieger și Ehrlich (3). Din nenorocire diferitele cercetări au fost mai ales făcute în patologia experimentală (4). De asemenea nu posedăm decât puține documente asupra eliminărei *antitoxinelor imunizante* prin lapte. Totuşi ceea-ce se ştie în momentul de faţă este că: *laptele unei doici poate să transmiţă copilului toxine vătămătoare, antitoxine imunizante şi microbi patogeni* (1).

---

(1) A se consulta: Houselot, De la thérapeutique chez la nourrice dans ses rapports avec la sécrétion lactée (Thèse de Paris, 1900—1901).

(2) A se consulta excelenta teză de doctorat a lui: Miel, L'élimination mammaire des médicaments minéraux et organiques (Paris, 23 décembre, 1908).

(3) Brieger und Ehrlich, Ueber die Uebertragung von Immunität durch Milch (Deutsche Med. Wochenschrift, 1892).

(4) Toxina și antitoxina *tetanosului* se elimină prin mamele. Brieger și Ehrlich au arătat că șoarecii tineri nutriți cu lapte provenit de la animale refractare la tetanos dobândeau imunitatea. Vaillard (Annales de l'Institut Pasteur, 1897, p. 77) a confirmat aceste fapte.

Dar mai ales în *difterie* s'au urmărit cercetări interesante. Toxina și antitoxina difterică trece de asemenea în lapte. Wassermann și Ehrlich (Ueber die Gewinnung der Diphterie-Antitoxine aus Blutserum und Milch immunisierte Tiere (Zeitschrift für Hygiene, Bd. XVII, p. 233), Wassermann (Ueber Konzentrierung der Diphterie-Antitoxine aus der Milch immunisierte Tiere, *Ibid.)* au făcut lucrări interesante asupra acestui subiect. Brieger și Wassermann (Zeitschrift für Hygiene und Infections-Krankh. 1894) raportează că caprele imunizate în contra difteriei secretează un lapte care conține antitoxina difterică, și că acest lapte posedează pentru sânge puterea imunisantă. După Roux și Martin, o vacă în lactație bine imunizată este o sursă de antitoxină; laptele pe care ea îl dă, zic acești autori, este fără îndoială mult mai puțin actif decât serul, dar e posibil de a condensa sub un mic volum antitoxina pe care o conține.

Toxina *febrei tifoide* se elimină de asemenea prin mamelă. Widal și Sicard (Société de Biologie, 24 juillet, 1897) au putut să comunice prin alăptare reacția aglutinantă la puii șoarecilor. Aceste animale dobândesc ast-fel o putere de aglutinare care e pasivă și de scurtă durată. Klemperer și Lévy au stabilit puterea imunizantă a laptelui provenind de la animalele vaccinate contra febrei tifoide.

a. Se ştie, în adevăr, că unele toxine şi antitoxine ale maladiilor infecţioase pot să se elimine prin lapte. Brieger şi Ehrlich au arătat că *aglutinina febrei tifoide* poate să treacă în secreţia mamară. Mossé şi Daunic (2) au regăsit-o în colostrul femeilor atinse sau convalescente de febră tifoidă. Achard şi Bensaude (3), Thércelin şi Lenoble (4) au arătat că laptele femeilor tifice are această proprietate aglutinantă asupra bacilului lui Eberth pe care o posedă serul şi pe care Widal a utilizat-o pentru sero-diagnostic. S'a căutat de asemenea a se şti dacă antitoxina tifică s'ar putea transmite prin alăptare fiind absorbită de copil cu laptele mamei. Landouzy şi Griffon au observat un fapt care probează că transmisia substanţei aglutinante prin alăptare este posibilă în speţa umană (5). Castaigne (6), Courmont şi Cade (7), Mahrt (8), au observat fapte analoge. Aceşti din urmă autori au constatat în

---

Lucrările lui Popoff, Ketscher, Klemperer au arătat trecerea în lapte a *anticholerinei*. După Popoff (Uebertragung der Immunität gegen Cholera mittels der Milch einer vaccinierten Kuh, Vratsch, 1893, No. 10; analizat in: Centralblat für Bakter., 1895, Bd. XVII, p. 166), laptele unei vaci, vaccinate contra cholerei, imunizéză în contra acestei infecţiuni pe cobai şi pe căţele. Principiul actif se află în serumul laptelui, şi este distrus prin fierbere.

Ehrlich a arătat, în fine, puterea imunizantă a laptelui provenind de la animale vaccinate contra *abrinei şi ricinei*.

(1) A se consulta: Schench, Biologische Verhalten der Mutterlichen und Kinderlichen Blutes uber Schutzstoffer der normalen Milch (Monats. für Geb. und Gynæh. février, 1904, p. 159).

(2) Mossé et Daunic. (Soc. médicale des hôpitaux, 27 novembre, 1896, p. 818).

(3) Achard et Bensaude (Soc. médicale des hôpitaux, 31 juillet, 1896).

(4) Thiercelin et Lenoble. (Presse Médicale, 5 août, 1896).

(5) Landouzy et Griffon. Transmission de la substance agglutinante typhique par l'allaitement. (Soc. de Biologie, 6 novembre 1897). La o femeie de 18 ani, atinsă de febră tifoidă 3 luni după naştere, serodiagnosticul dete un rezultat pozitiv. Cu toate că copilul alăptat de această femeie părea în perfectă stare, se găsi proprietatea aglutinantă a sângelui său.

(6) Castaigne, Transmission de la substence agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement (Soc. de Biologie, 13 novembre, 1897).

(7) Courmont et Cade. (Soc. de Biologie, 8 Juillet, 1899).

(8) Mahrt. (Centralblat für Stoffwechsel und Verdanungs-Krankheiten, 1901, T. II, p. 1 à 7).

plus că substanța aglutinantă se transmite din sângele mamei în lapte, apoi din lapte în sângele copilului.

Toxina difterică se elimineează de asemenea prin lapte, Schmid (1), Arnozan (2).

Pentru *toxina tetanosului* s'au făcut aceleași constatațiuni ca și pentru toxină difterică.

De curând s'a pretins că *toxinele tuberculoase* ar trece prin filtrul mamar în lapte, Pasquale de Michele (3).

Neumann (4) a arătat că copii crescuți la sân de o mamă care a avut *tusa convulsivă* (coqueluche), cât timp iau sânul maternel sunt mai puțin expuși la această maladie de cât aceea alăptați cu biberonul. Acest autor a căutat să transporte aceste noțiuni în clinică și conchide că: antitoxina tusei convulsive se elimină prin lapte și imunizează pe sugaciu.

Pentru *rugeolă* acelaș autor n'a reușit să facă aceleași constatațiuni.

Rezultă din cercetările cari preced că laptele doicii poate să transmiță copilului toxine și antitoxine imunizante. Trecerea în lapte a antitoxinelor constitue o cale nouă deschisă terapeuticei. Laptele animalelor vaccinate contra diverselor infecțiuni ar putea exersa o acțiune terapeutică și a înlocui serurile. Dar, precum au arătat-o cercetările lui Brieger și Ehrlich, Ketscher, laptele este de zece ori mai puțin actif decât serul; el nu poate deci servi decât după o concentrare prealabilă.

b. Cercetările lui Ehrlich au mai arătat că substanțele vaccinate cari se găsesc în lapte pot încă să impregneze organismul animalelor cari îl ingerează. Dar acest rezultat nu se poate obține decât la tinerile animale la sân. *Alăptarea poate contribui ast-fel a prelungi imunitatea congenitală transmisă în timpul vieței intra-uterine.* Femelele vaccinate au comunicat în mod invariabil descendenței lor imunitatea cu care erau înzestrate. Pentru ca ea să ție multă vreme, trebue ca micii să fie alăptați la sân: lactația, precum a arătat-o Ehrlich, prelungeşte imunitatea congenitală; secreţia mamară aducând ast-fel un antidot copilului (H. Roger) (1).

---

(1) Schmid et Pflanz. De la présence des antitoxines diphtériques dans le lait de femme (Wien. Klein. Woch. 1896, 15 Oct. No. 42, p. 955).

(2) Arnozan. Le lait d'une nourrice atteinte de diphtérie est-il toxique? (Revue internationnale de Thérapeutique et de Pharmocologie, 17 Novembre, 1898).

(3) P. de Michele. La Pediatria, Août, 1894.

(4) Neumann. Alimentation et Maladies infectieuses des nourrissons, (Revue mensuelle des maladies de l'Enfance, Octobre, 1895, p. 453).

c. Cât despre trecerea *microbilor patogeni* în lapte în cursul maladiilor infecţioase ale mamei, chestiunea este încă puţin studiată. In adevăr, e dificil de a constata dacă microbii găsiţi în lapte vin direct din sânge, fără ca să fie vre-o lesiune locală a mamelelor, sau dacă infecţiunea sanguină a produs în glandele mamare localizaţii microbiane (mamite diverse, manifestaţii tuberculoase).

Cercetările experimentale ale lui Lustig şi Trinci, Bach şi Weleminsky au fixat câte-va din condiţiunile eliminărei microbilor prin lapte. *Trebue mai întâiu ca microbii să circule în sânge; trebue apoi ca aceşti microbi să altereze epiteliul mamar.* Se găseşte aci o aplicare a acestei legi a lui Wyssokowitsch: *„epiteliile glandulare sănătoase nu lasă să treacă microbii“* (2).

Ceea-ce se ştie azi, este că *laptele unei femei infectate poate să conţină germenii maladiei fără ca glanda mamară să prezinte leziuni.* Toţi microbii nu trec în lapte, dar experimentaţia a putut să arate câte-va cazuri pozitive pentru: *pneumococ,* Bozzolo (3), Aymard (4); *streptococ* (Doléris); *bacteria cărbonoasă,* şi chiar pentru *bacilul lui Koch,* Roger (5), Moussu (6), Demme (7). In afară de aceşti microbi cari vin direct din sânge şi se elimină prin lapte, Eschrich, Damourette (8) au mai găsit în acest lichid *pyogenii* infecţiilor mamare.

---

(1) După cercetările lui Waillard, nu trebue să se acorde o prea mare importanţă lactaţiei, căci laptele nu e actif decât la unele specii animale, ca şoarecile de exemplu. Ketscher a arătat, în plus, că laptele caprelor imunizate contra cholerei este terapeutic când se injectează sub pelea animalului, dar nu produce nici un efect când e luat la interior. Substanţa activă pare distrusă de pepsină şi de sucul pancreatic.

(2) Această lege nu s'ar aplica la ficat şi la rinichi, cari ar avea ca funcţiune fiziologică, până la un punct, eliminarea bacteriilor (Biedl et Kraus, Zeitschr. für Hyg. und Infectionkr. 1898, t. XVI, No. 3).

(3) Bozzolo, Giornale di R. Accad. di Torino, Juin. 1900.

(4) Aymard, Recherches sur le passage des microorganismes (et en particulier du pneumocoque) de la mère à l'enfant par le lait (Thèse de Paris, 1891).

(5) H. Roger et Garnier, Passage du bacille de Koch dans le lait d'une femme tuberculeuse (Société de biologie, 24 férier, 1900).

(6) Moussu (Société de biologie, 20 juin, 1903).

(7) Demme, Beiträge zur Kentniss der Tuberculöseninfection (Wiener Med. Wochenschr. 1885, No. 14).

(8) Damourette, Affections du nourrisson déterminées par la galactophorite de la nourrice (Thèse de Paris, 1893).

Din studiul clinic care precede vedem că mamelele departe de a se comporta ca simple glande cu secreţie externă, constitue din contra aparate complexe, cu funcţiuni înalte şi multiple, în legătură intimă cu principalele viscere şi aparate glandulare ale organizmului. Modificările biologice ale femeiei care alăptează, schimbările anatomice ale ficatului, ale sângelui, modificările funcţionale ale nutriţiei generale, în fine o serie de alte fenomene vin să turbure la doică legile fiziologice generale şi să ne arate că organizmul femeei în cursul lactaţiei se depărtează mult de starea normală.

In afară de secreţie şi excreţie, cari constitue funcţiunea glandulară propiu zisă, mamelele în timpul lactaţiei pot juca un rol eliminator pentru substanţele minerale şi organice. Mai mult, în cursul diverselor infecţiuni şi intoxicaţiuni, epiteliul mamar poate deveni un adevărat filtru permiţând eliminarea prin lapte a toxinelor şi microbilor. Trecerea în lapte a antitoxinelor imunizate constitue o cale nouă deschisă terapeuticei care într'o zi poate să dea rezultate practice din cele mai satisfăcătoare; laptele încărcat de substanţe vaccinante putând înlocui serul specific.

MEDICINĂ PRACTICĂ

Căpit. dr. C. P. ILIESCU

Un nou procedeu de vaccinare

Procedeul de vaccinare pe care îl voi descrie în cele ce urmează, l'am experimentat la peste 1.000 de vaccinări făcute asupra recruţilor Regimentului 3 Roşiori şi ai Companiilor Pyrotechnia şi Administraţia. Poate că acest procedeu să fi mai fost întrebuinţat şi mai înainte. Nu l'am găsit expus nicăeri până acum.

Iată în ce constă acest procedeu: In locul striaţiilor sau raclajului sau înţepăturilor, ale căror inconveniente vaccinale le voi expune mai jos, am întrebuinţat, producerea pe braţul subiectului, la locul de elecţiune, unei flictene prin ajutorul lanţetei sau a unei lame de bisturiu, încălzită la flacără până aproape de roş şi aplicată brusc pe braţ. Imediat în acel loc se ridică un strat de epiderm, se flictenulează, după câte-va secunde chiar. Apoi cu acelaş instrument, raclez uşor acel strat de epiderm, rămânând în acel loc o suprafaţă acoperită cu limfă ce transudă în deajuns. Aplic pe acea suprafaţă o picătură de vaccin animal, şi operaţia este terminată în mai puţin de două minute.

In acest mod, acest procedeu a mai fost întrebuinţat şi de către colegul meu Căpitan Dr. I. Ţukel, care l'a experimentat la peste 2.000 recruţi la Regimentul 12 Cantemir, cu succesele pe care le voi arăta.

Avantajele acestui procedeu sunt superioare celor-lalte întrebuinţate atât ca technică cât şi ca rezultate vaccinale.

Ca technică, vaccinarea se face foarte iute, individul de vaccinat, mai ales copiii, nici nu-şi dau seama când li s'au făcut această mică operaţie, aşa că se pot vaccina până la 40—50 pe ceas. Apoi prin faptul că întrebuinţez fierul roş, păstrez o asepsie deplină pe regiunea de vaccinat, după ce prealabil am spălat acea regiune cu apă, săpun şi eter.

Ca rezultate vaccinale am avut 94—95°/₀ succese, şi tot atâtea şi colegul meu Dr. Ţukel, la cele 2.000 vaccinări în acest mod: şi lucrul pare explicabil prin faptul că producând o vesiculă sau flictenă, am pe suprafaţa rămasă, limfa abundentă pe unde se face imediat absorbiţia vaccinului de către vasele limfatice deschise. Prin cele-lalte procedee nu am acest avantaj, ba chiar sângele ce de multe ori se scurge în urma unor striaţiuni sau raclaje mai profunde, spală vaccinul depus şi ast-fel rezultatele vaccinale sunt nule.

Pustulele vaccinale bine caracterizate din a 4-a zi, fără a fi remarcat inflamaţii sau limfangite ale braţului şi nici vre-o altă complicaţie post vaccinală.

In colectivităţi, şcoale, armată, procedeul e foarte nimerit şi aduce mare economie de timp şi asigură succesele aproape unanime.

CRITICI ŞI CRONICI

Dr. G. IRIMESCU
Medic Locotenent

Tuberculoza pulmonară în penitenciarele noastre

I

Chestiunea Tuberculozei pulmonare mai ales în stabilimente unde aglomeraţia este mare, a preocupat întotdeauna pe medici şi pe higienişti. Procentul mare de Tuberculoză în închisori a fost semnalul de alarmă, fapt care a impus şi pentru deţinuţi un început de măsuri profilactice mai serioase şi punerea în profitul sănătăţii lor a datelor căpătate prin experienţă şi a cunoştinţelor noi datorite Bacteriologiei.

Populaţia închisorilor este formată în mare parte din indivizi uzaţi fiziceşte de viţiuri şi mizerie, şi cu un moral deprimat. O internare îndelungată, reducându-i la minimum de aer liber, de lumina soarelui, de activitate fizică — excitanţi naturali ai vitalităţei organizmului omenesc, — insuficienţa ventilaţiunilor şi a alimentaţiunei, toate acestea constituesc un tot puţin favorabil sănătăţei lor.

Mediul penitenciar oferă toate avantagele ca Tuberculoza pulmonară să se ivească mai de timpuriu ca în alte stabilimente şi instituţiuni şi apoi să se întindă, să se perpetue, aşa că aproape întreaga mortalitate a deţinuţilor să fie datorită acestei maladii. Cauza o vom găsi în defecţiozitatea sistemului în comun şi în deprimarea fizică şi morală, pe care în mod fatal închisoarea o exercită asupra unor indivizi. Slăbirea organizmului şi deprimarea moralului face din deţinut un teren propriu culturei bacilului Koch.

Indivizii, cari intră în închisori nu sunt toţi de opotrivă rezistenţi. Unii slăbiţi, predispuşi sau chiar cu germenul tuberculos în stare latentă, după o internare mai mult sau mai puţin îndelungată vor deveni focare de infecţie, fără ca nici ei şi nici medicul închisorii să ştie lucrul acesta. Când răul face progrese mari, bolnavul e nevoit să vie la consultaţie şi să se arate. Tuberculoza pulmonară este constatată şi bolnavul izolat, izolare care fiind însă prea târzie, a lăsat îndeajuns timp ca cel atins, să seamene pe unde a trecut şi unde a trăit infecţiunea în jurul său. Apoi aşa zisa izolare se face tot în corpul clădirei unde locuesc şi ceilalţi deţinuţi şi oricât de riguroasă ar fi această izolare, este greu de admis ca contactul dintre cei bolnavi şi cei sănătoşi să fie cu desăvârşire distrus.

De mai bine de doi ani, de când sunt medicul Penitenciarului militar Târgşor şi al Inchisorii Mărgineni (jud. Prahova) m'am putut convinge că majoritatea cazurilor de Tuberculoză pulmonară la deţinuţi, sunt datorite în primul rând, condiţiunilor rele în care trăesc aceştia după încarcerare, contagiunea ne intrând în joc, decât în planul al doilea.

Chestiunea aceasta însă n'ar părea pe deplin elucidată.

Cornet susţine că Tuberculoza pulmonară la deţinuţi este datorită numai contagiunei.

Baer, medicul Inchisorii Plötzensée (lângă Berlin) admite din contră că această maladie se datoreşte unei Tuberculoze latente, cu care vine individul în închisoare şi care se dezvoltă în urmă sub influenţa unui trai nepotrivit. După observaţiunile lui Baer tuberculoza pulmonară evoluează repede la cei închişi. Mortalitatea este mare mai ales în anul al doilea de la încarcerare. Ar fi greu de admis că toate aceste cazuri să fie puse pe contul contagiunei. In schimb contagiunea ar fi pricina acelor cazuri de Tuberculoză, cari se ivesc după mai mulţi ani de detenţiune; acestea însă sunt mult mai puţin numeroase.

La Penitenciarul Târgşor unde maximum de pedeapsă este doi ani (pedeapsa cea mai mică fiind de şease luni), a fost şi este Tuberculoză pulmonară, cu toate măsurile profilactice riguroase, cari sunt în vigoare. La intrarea în închisoare, deţinuţii mai ales cei debili şi cu aparenţa suspectă, se examinează cu multă atenţiune. La cei mai mulţi nu găsesc nimic deosebit, la alţii însă se constată fie o induraţie de vârf, fie aderenţe sau frecături pleurale, fie o anemie sau o debilitate inexplicabilă. Urmăriţi, aceştia au dat mai târziu cele mai multe cazuri de Tuberculoză pulmonară.

In anul 1907 la un efectiv de 751 deţinuţi (adică totalitatea deţinuţilor, cari au trecut în anul acesta prin închisoare), s'au înregistrat 2 cazuri de Tuberculoză pulmonară. In anul 1908 la efectivul de 967, s'au înregistrat 6 cazuri. Din totalul de 8 cazuri, 5 bolnavi tuberculoşi s'au constatat după 2—3—7 luni de la intrarea lor în penitenciar. Restul de 3 s'au constatat bolnavi după un an.

Măsurile profilactice şi curăţenia localului, a oamenilor şi hrana curată ferită de contaminare, exclud cu totul presupunerea unui focar de contagiune atât de intens, încât un individ sănătos să se tuberculizeze în câte-va luni. (Din totalul de 8 cazuri ivite în timp de 2 ani, unul singur a fost de Tuberculoză acută-granulie, restul a evoluat în mod cronic). Şi apoi chiar prin faptul că procentul de tuberculoşi este mic, îndepărtează presupunerea de mai sus.

Pe de altă parte, considerând numărul bolnavilor de Tuberculoză pulmonară la Inchisoarea Mărgineni, în ultimii cinci ani, precum şi data la care s'au constatat că sunt bolnavi, (dată cu siguranţă mult târzie începutului real al maladiei), credem că aceste cazuri sunt datorite atât contagiunei, cât şi terenului slăbit al individului predispus sau chiar purtător al unei Tuberculoze latente, care negăsind în mediul în care trăeşte un sprijin de întărire al organizmului, a trebuit să cadă victimă contagiunei sau a unei supra-infecţiuni.

Condiţiunile nu tocmai strălucite în cari trăesc deţinuţii, fac mai ales pe cei slăbiţi, să poată contracta cu uşurinţă Tuberculoza, iar pe cei cu o Tuberculoză latentă îi transformă în curând în focare de infecţie bacilliferă.

Mortalitatea deţinuţilor este mai mare de cât a ori-carui alt grup de indivizi de aceiaşi vârstă. Cauzele le găsim ca şi pentru Tuberculoză în, deprimarea fizică şi slăbirea organizmului datorită unui cubaj insuficient şi unei alimentaţiuni redusă peste limitele strictului necesar, precum şi în deprimarea morală pe care individul o încearcă îndată ce-i lipsit de libertate.

Fiziologia modernă ne-a arătat că sistemul nervos este marele regulator al tuturor organelor, al tuturor funcţiunelor, indicând ast-fel Patologiei, calea care trebue urmată. Este cunoscut astăzi că, sistemul nervos presidează la apărarea organizmului sub diferite forme: el regulează producerea de căldură, el ajută repararea ţăsuturilor, el comandă secreţiunele glandulare şi armata fagocitară, aşa ca ori-ce neorânduială s'ar produce într'un grup de celule, vina este a sistemului nervos, el fiind direct responsabil de lipsa celulelor dela postul lor. Am putea spune deci că, sănătatea rezultă din acţiunea unui sistem nervos în stare de a regula funcţiunele nutriţiei şi de apărare a organizmului, iar boala ar fi o urmare a insuficienţei sistemului nervos, în funcţiunele sale nutritive şi de aparare organică.

Deţinuţii nu sunt mulţumiţi cu viaţa din închisoare, ori-cât de plăcută ar putea fi. Mai ales la început, când obişnuinţa detenţiunei nu e încă stabilită, condamnatul este foarte amărât şi deprimat sufleteşte, numai prin faptul că e închis. Am văzut deţinuţi, cari după 2—3 luni de la încarcerare slăbiseră atât de mult, încât cu greu i-ai fi recunoscut.

Dacă o mică indispoziţie face să dispară apetitul, dacă o supărare de multe ori neînsemnată aduce cu dânsa dureri de cap şi insomnii— acest lucru a fost cu siguranţă încercat de majoritatea noastră—cu atât mai mult lipsa de libertate, gândurile care frământă pe deţinut, grija celor de acasă lăsaţi fără nici un sprijin şi poate muritori de foame, păcatele pe cari unii din ei le au pe conştiinţă, toate acestea şi încă alte multe împedică pe unii deţinuţi să asimileze şi nu se întreţină. Sdruncinarea psychismului aduce după sine sdruncinarea tuturor funcţiunelor vegetative. Asimilaţia se face rău, circulaţia şi arderea ţăsuturilor în mod incomplect, întreg organizmul se resimte din cauza deprimărei sufleteşti, pe care deţinutul o încearcă în închisoare, mai ales la început.

Rezumând cele de până acuma vedem că deprimarea morală împreună cu o aeraţiune şi o alimentaţiune insuficientă sunt cauzele de căpetenie ca procentul de Tuberculoză pulmonară să fie mai mare în închisori de cât în alte grupe de indivizi aglomeraţi. In rândul al doilea şi pe un plan secundar vine şi contagiunea, care se poate realiza cu atât mai uşor şi mai repede, cu cât găseşte organizme slăbite şi în stare de aparare inferioară.

II

Astăzi sistemul penal are de bază confiscarea libertăţii individului condamnat. Societatea modernă caută să înlăture pe cât este posibil măsuri de represiune aducătoare de suferinţe nefolositoare şi de slăbire organică. Pedeapsa să fie temută, pentru a servi de exemplu tuturor răufăcătoriior, fără însă a deprima prea mult pe aceşti indivizi.

Din cele două mari sisteme de închisori: *sistemul în comun* şi *sistemul celular,* necontestat că cel din urmă este mult superior.

Inchisorile, în cari s'au stabilit primul sistem (toate închisorile noastre, afară de Doftana) sunt focare de conrupţie morală, adevărate şcoli ale viţiului şi cari devin uşor din timp în timp focare de contaminare fizică şi de maladii contagioase. Această situaţie atrage după sine şi cheltueli mai mari, căci un deţinut bolnav costă de trei ori mai mult ca unul sănătos şi pe de altă parte această metodă, prepară pentru viitor un număr mereu crescând de recidivişti, pe cari regimul în comun nu-i sperie de loc, mai ales când e vorba de o pedeapsă scurtă.

Pentru a remedia acest rău, către sfârşitul secol. al 18-lea s'a adoptat sistemul izolărei deţinuţilor în celule individuale. Organizat mai întâi la Philadelphia (Pensylvania) apoi la Auburn, principiul fu preconizat în Europa de Howard şi pus în practică mai întâi de Anglia apoi de Belgia, Germania, Franţa şi alte state printre care se numără şi România cu închisoarea Doftana (1900).

Avantajele sistemului celular asupra sistemului în comun sunt recunoscute astăzi de toţi acei cari s'au ocupat de chestiunea aceasta, mai ales când e vorba de a evita ca numărul recidiviştilor să crească prea mult şi de a da societăţei pe fiecare an un număr oare-care de condamnaţi îndreptaţi pentru totdeauna.

Din punct de vedere higienic, sistemul celular este tot atât de superior. Mai întâi celula suprimă epidemiile, pe cari sistemul în comun le favorizează; pe de altă parte el permite de a observa mai bine starea sănătăţei deţinuţilor şi chiar dacă sănătatea lor este rea de la internare, celula nu o agravează mai mult de cât sistemul în comun, ori cât ar fi încelularea de îndelungată.

Baer de la Inchisoarea Plötzensée arată cu o statistică de 20 ani, că morbiditatea este mai mică şi mortalitatea ceva mai mică cu regimul celular, de cât cu regimul comunist. Aceste observaţiuni s'au verificat şi confirmat pretutindeni.

Deci, sistemul celular fiind sub toate raporturile superior celui în comun şi cum societatea îşi datoreşte sie-şi condiţiuni de siguranţă, iar deţinuţilor condiţiuni salubre, suntem datori a lupta fie-care în marginele posibilului, ameliorând condiţiunele de traiu din mediurile penitenciare şi transformând vechiul sistem comunist, într'o izolare riguros celulară.

III.

Cunoaşterea etiologiei Tuberculozei şi a evoluţiunei sale, permite astăzi a preciza măsurile profilactice, ce trebesc luate, pentru a evita propagarea acestei maladii şi a stabili pe baze sigure datele acestei probleme terapeutice şi sociale.

Este recunoscut că Tuberculoza este curabilă şi chiar mai curabilă ca multe alte maladii cronice (Grancher), însă este şi mai uşor de a o evita, de unde reese importanţa măsurilor de profilaxie.

Putem grupa în două clase măsurile ce trebuesc luate:

a) Acelea care tind în a menţine şi a mări forţele organizmului mai ales la cei predispuşi şi,

b) Acelea care se referă la suprimarea contagiunei, adică a distruge bacilul Koch, aflător în închisori.

Cu sistemul celular, măsurile de mai sus se pot realiza cu mai multă uşurinţă pe când cu sistemul în comun întâmpinăm dificultăţi mari, pe cari nu le putem învinge de cât cu ajutorul şi buna-voinţa autorităţilor direct interesate.

A. Pentru a întări şi mări forţele organizmului şi a-l putea pune în stare de apărare suficientă fie contra toxinelor endogene, fie contra unei contaminări sau a unei suprainfecţii posibile, suntem datori a urmări integritatea agenţilor fizici, de la cari organizmul împrumută forţele necesare pentru a-şi menţine şi mări puterea de vitalitate.

Aer curat există de obicei în jurul închisorilor; în interiorul lor, lucru devine cu totul contrariu. Aglomeraţiunea fiind mare cu sistemul în comun, cubajul devine insuficient, atât în camerile de dormit, cât şi în ateliere.

Un sistem de ventilaţiune mai eficace se impune, cu atât mai mult, cu cât sunt sisteme bazate pe diferinţa de presiune, cari aduc aer proaspăt în cantitate suficientă şi a căror confecţionare n'ar costa prea scump.

Deschiderea ferestrelor (cari ar trebui mărite mult) să devie un fapt real; pentru a putea realiza o aerisire îndestulătoare, atât în camerele de dormit cât şi în ateliere.

Sistemul defectuos de latrine, aflate chiar în corpul clădirelor, precum şi hârdaiele pentru murdărie, cari se aduc în dormitoare în timpul nopţii, să fie cu totul înlăturate.

Cu sistemul celular şi aceste inconveniente dispar, celulele având fie-care un closet cu apă.

Alimentaţiunea deţinuţilor este bazată pe evaluarea strictului necesar, a hranei unui individ inactiv. Deţinuţii s'ar părea a nu avea nevoie de cât de o raţie de întreţinere care după Gaspariu ar fi reprezentată prin: 125 gr. azot şi 264 gr. cărbune. Voit cere pentru deţinuţii cari lucrează 85 gr. albumină, 40 gr. grăsime şi şi 400 gr. amidon, ceea-ce este aproape aceiaş raţie de întreţinere de mai sus, cu singura deosebire că conţine ceva mai mult azot.

Alimentaţiunea deţinuţilor se apropie în teorie de raţia de întreţinere a lui Voit. In practică însă puterea hrănitoare a regimului alimentar actual, este mult inferior, fiind-că nu întotdeauna alimentele sunt de calitatea cea mai bună. In special carnea, care conţine prea multe oase, este puţin hrănitoare prin faptul că de cele mai multe ori provine de la vite prea slabe epuizate prin muncă sau bătrâne.

Este bine constatat că pentru un individ care munceşte moderat, raţia zilnică trebueşte să fie mixtă şi aproximativ constituită din 110 gr. albumină, 500 gr. hidraţi de cărbune şi 56 gr. grăsime. Numai această raţie ar conveni deţinuţilor, căci majoritatea dintre ei lucrează şi muncesc toată ziua.

Experienţa ne arată că ori-ce ameliorare în hrana deţinuţilor este urmată de o ameliorare a stărei sanitare în general şi vice-versa.

Deţinuţii, cari au bani, fie că lucrând câştigă, fie că primesc din afară (de acasă), pot să-şi amelioreze singuri si'n mod simţitor regimul, prin cumpărături de alimente de la cantina închisorii. Ar fi bine după cum a cerut Merry-Delabost că pentru deţinuţii cari lucrează, suplimentul de hrană luat de la cantină să fie obligator mai mult sau mai puţin, fiind lucru stabilit ca raţia dată de închisoare astăzi, nu poate fi suficientă deţinutului-lucrător.

Nu putem admite ca regimul să omoare pe deţinut încetul cu încetul, dând înapoi societăţii un individ fără putere. Deţinutul trebueşte hrănit bine, ţinut curat şi să aibă de lucru. El simte trebuinţa de a face exerciţii fizice şi este de dorit de a-l sili şi a-l obişnui cu lucru. Este o necesitate absolută ca deţinuţii să lucreze, căci cu cât vor cheltui mai multă forţă musculară, cu atât şi starea sanitară va fi mai satisfăcătoare, bine-înţeles dânduli-se o alimentaţiune suficientă.

Interzicerea unei aglomeraţiuni prea mari, ameliorarea ventilaţiunelor şi mai ales a hranei au părut lui Baer a da rezultate cu mult mai bune ca măsuri îndreptate contra Tuberculozei, de cât măsurile dirigeate contra contagiunei. Pe lângă acestea ţinerea curată a corpului şi o ocupaţiune fizică îndestulătoare, la cari trebuiesc supuşi toţi deţinuţii, asigură organizmului chiar al individului predispus, o vitalitate suficientă, şi o rezistenţă remarcabilă la infecţiune.

B. Măsuri cari se referă la suprimarea contagiunei adică distrugerea bacilului tuberculos din închisori.

Primul şi cel mai de seamă punct, este înfiinţarea sau amenajarea unei închisori, într'un sanatoriu, în care să se transporte toţi condamnaţii atinşi de Tuberculoză.

După condamnare, deţinuţii să se examineze cu multă atenţiune şi să se claseze în două categorii. Prima şi cea mai mare, formată din deţinuţi robuşti şi pe deplin sănătoşi va popula închisorile ordinare, a doua categorie în care vor intra cei predispuşi, bănuiţi ca suspecţi şi cei cu o Tuberculoză pulmonară confirmată să se trimită direct la *Inchisoarea-sanatoriu*, unde să poată găsi toate condiţiunile bune pentru întărirea organizmului lor. In această închisoare-sanatoriu să se formeze două secţiuni, absolut separate una de alta şi ca topografie şi prin personalul de serviciu inferior.

In prima secţiune să se instaleze cei suspecţi şi cei cu o Tuberculoză pulmonară incipientă (închisă), iar secţiunea a doua să se populeze cu bolnavii cu Tuberculoză deschisă (perioada de ramolire şi cavernoasă).

Medicii închisorilor să examineze pe toţi deţinuţii aflător în prezent (sau la data de . . . .) şi să-i claseze în categoriile de mai sus, trimiţând pe cei găsiţi atinşi sau suspecţi în închisoarea-sanatoriu. Şi apoi prin examinări periodice, să constate şi să ţină la curent fişele individuale, aşa că răul să se distrugă chiar de la început, nedând timpul necesar ca un individ care s'ar tuberculiza să seamene în juru-i infecţia.

Pe lângă necesitatea absolută de mai sus, în toate închisorile să se înfiinţeze camere de izolare, cu totul aparte de restul clădirelor unde locuiesc cei-lalţi deţinuţi, precum şi o etuvă pentru dezinfectat, după cum am obţinut la Penetenciarul Militar Târgşor. Dezinfectarea efectelor de îmbrăcăminte şi a păturilor să se facă în mod regulat şi periodic la două săptămâni. Rufăria să se spele cu apă ferbinte şi cu săpun şi să se fearbă în leşie.

Să se distribuie în abundenţă scuipători de zinc mari (în cari să se puie ac. fenic 5°/₀ sau lizol 5°/₀) în camere, ateliere şi coridoare.

Alimentele să fie ferite de contaminări şi deosebită atenţiune să se dea carnei, de către Direcţiunele închisorilor asigurându-se, în lipsa unui control veterinar, de provenienţa ei. Acest lucru este cu atât mai uşor cu cât câte-odată vitele cari vor furniza carnea deţinuţilor se taie chiar în localitatea închisorilor.

Măturatul şi curăţenia localului să se facă cu ajutorul cârpelor ude şi a apei. Praful să se înlăture pe cât posibil.

Deci pentru micşorarea procentului dat în închisori de Tuberculoza pulmonară, mijloacele de mai sus îmi par a fi cele mai bune. O parte din ele puse în practică de mai bine de 2 ani la Penitenciarul Târgşor au dat rezultate frumoase, fără a reduce totuşi procentul la minimum posibil şi dorit. Sunt convins că atunci când actualul sistem comunist va fi înlocuit pretutindene şi'n ţara noastră, prin sistemul celular, multe din lipsurile şi cauzele cari astă-zi predispun la îmbolnăvire, vor dispărea pentru tot-deauna.

Până atunci însă, îmbunătăţirea ventilaţiilor şi a hranei, ocuparea fizică a tuturor deţinuţilor, înfiinţarea de camere de izolare şi de etuve la fie-care închisoare precum şi crearea unei închisori-sanatoriu, se impune de urgenţă.

Dr. S. IRIMESCU

Mijloacele pentru combaterea malariei (1)

De şi astăzi, graţie unei medicaţii specifice, care e chinina, malaria şi-a perdut mult din gravitatea sa anterioară, combaterea sa sistematică să impune, de oare-ce ravagiile pe cari le face sunt încă foarte mari.

Un autor contimporan, Jones, într'un studiu foarte documentat (Malaria a neglected factor in the History of Greece and Rome, Mac Millan 1907) a reuşit să stabilească rolul important jucat de malarie în istoria Greciei vechi şi a Romei, ca factor de decadenţă a unor civilizaţii înfloritoare.

Când soldaţii, neguţătorii sau sclavii veniţi din Africa sau Asia au adus frigurile în văile Aticei, decadenţa începe.

---

(1) Raport prezentat la Congresul asociaţiei medicilor din Mai 1908.

Malaria a făcut din locuitorul Greciei vechi o fiinţă slăbită, în care ori-ce entuziasm era stins; ea a contribuit să schimbe rasa energică a Romei, în Romanul din epoca de decadenţă fără vlagă şi fără putere de rezistenţă.

In Grecia de azi, din 2.500.000 de locuitori, 1.000.000 sunt malarici. Savas, Cardamatis au arătat pustiirile îngrozitoare făcute de malarie.

Ronald Ross declară că n'a văzut nicăeri pe glob localităţi mai impaludate ca satele Mulki şi Skripu de lângă lacul Copais.

Italia de azi, cu toate campaniile antimalarice cari să continuă de ani întregi, e încă o ţară destul de impaludată.

Malaria nu e de cât rare ori o boală omorâtoare. Prin accesele repetate, prin cronicitatea care se instalează pe nesimţite, ea produce însă o diminuare a rezistenţei organice şi pe terenul acesta slăbit ori-ce altă afecţiune prinde foarte uşor. Astăzi, când tratamentul chininic permite ca în majoritatea cazurilor frigurile să fie vindecate la vreme, complicaţiile pe cari autorii vechi le observau foarte des, au devenit relativ rare.

Cei cari sunt amatori de istorie medicală, pot găsi exemple doveditoare de gravitatea acestor complicaţii în descrierea făcută de Dampier către anul 1685, despre simptomele observate la marinarii cari călătoreau dealungul coastei Mexicului de West, la capul Corientes. Anasarcul succeda deseori acceselor de friguri şi ducea la un sfârşit mortal.

Descrierea lui Piso şi Markgraef, cari au însoţit pe Mauriciu de Nassau în cucerirea Braziliei de Olandezi sau relaţia lui Balthazar Spring — în trajectul de la insulele Capului Verde la Lisabona în 1506 au murit 123 oameni de malarie — arată gravitatea simptomelor produse de paludism atunci când nu exista nici un tratament specific contra acestei afecţiuni.

Astăzi încă, cu tot tratamentul specific, din cauză că nu poate fi pretutindeni aplicat în mod raţional, malaria face ravagii foarte mari. In 1900, în India numărul morţilor din cauza malariei a fost de 500,000.

In Lagos, în Africa de West, de la 1892—1900, 45°/₀ din copii de un an au murit de malarie.

In Algeria, în 1904 au fost 240.000 cazuri cu 18.000 decese.

In Turkestanul rus, Mark a descris în 1903 un focar intens de paludism. Morbiditatea trupelor ruse datorită malariei e mai mare de cât a trupelor engleze din India (412$^0/_{00}$). Sunt sate întregi, în această regiune, în cari malaria face atâtea victime, în cât unii autori au confundat-o cu ciuma.

La Walcheren, în 1809, paludismul a fost cel mai bun aliat a lui Napoleon în contra formidabilei flote engleze care îngrozise pe generalii săi. Din 44.000 soldaţi, 27.000 au intrat în spitale prinşi de friguri. Expediţia franceză din Madagascar (1895) a arătat unde poate duce incuria celor însărcinaţi s'o organizeze. In armata franceză morbiditatea datorită paludismului a fost de 72$^0/_0$ şi mortalitatea de 32$^0/_0$ (6000 soldaţi morţi de friguri). Regina Ranavalo putea spune cu drept cuvânt : febra e primul meu general. In răsboiul ruso-româno-turc, Ruşii au avut 140,000 cazuri de malarie cu 1100 morţi.

Insula Mauriciu din Antile, paradisul pământesc din care Bernardin de Saint-Pierre a făcut cadrul idilic pentru amorurile lui Paul şi Virginie a rămas un peisaj de idilă până la 1866. De la această dată, malaria introdusă în insulă produce adevărate hecatombe. In raportul recent publicat de Ronald Ross asupra măsurilor de combatere a malariei în insula Mauriciu (Churchill, London 1908) se vede că din 31000 copii examinaţi, 10595 aveau splina mărită din cauza paludismului. In insula la Réunion paludismul cauzează o mortalitate enormă pe care Thiroux o compară cu aceea a pestei, a febrei galbene sau a cholerei. In câţiva ani un sfert din populaţia indigenă a pierit din cauza paludismului (Vassal, Atti 1907).

Dacă la noi malaria nu prezintă de cât în anumite cazuri gravitatea epidemiilor din tropice, nu e însă mai puţin adevărat că este extrem de răspândită. Sunt localităţi cari pot rivaliza cu cele descrise de Ross în Grecia pe lângă lacul Copais.

Nu suntem departe cu cei 300.000 malarici pe cari îi avem la o populaţie de 6 milioane $^1/_2$ de cele 2 milioane de malarici pe cari îi are Italia — care trece cu drept cuvânt ca una din ţările cele mai impaludate — la o populaţie de 32 milioane locuitori.

Fără a intra în amănunte statistice, fie-care dintre cei cari cunosc starea sanitară a populaţiei rurale, ştie foarte bine că nu e judeţ din ţară, în care să nu existe comune extrem de impaludate. Până ce se va face o cercetare amănunţită pe un număr mare de ani — epidemiile de malarie fiind foarte variabile de la an la an — cercetări cari reclamă multă atenţie şi cunoaşterea de aproape a chestiunei, pentru a evita numeroasele cauze de eroare când e vorba de precizat diagnosticul malariei, mă voi mulţumi să dau pe scurt datele enunţate în raportul general asupra igienei publice din anii 1898—1904 prezentat de profesorul Obregia, directorul general al serviciului sanitar, asupra extensiei paludismului în ţară. Media bolnavilor îngrijiţi în spitale pentru paludism a fost de 7392 anual. Numărul morţilor a variat între 526 în 1898 şi 162 în 1904. Media consultaţiilor gratuite în spitale a fost de 87.878 anual. Medicii primari de judeţe împreună cu medicii de plasă şi medicii comunelor urbane au dat în medie 100.144 consultaţii anuale pentru paludism. Afară de aceasta, s'a mai distribuit chinină bolnavilor de friguri, prin autorităţile comunale rurale, la un număr de consultaţii care a fost de 369.646 anual. Cifra aceasta din urmă trebue primită cu toată rezerva, de oare-ce e un obicei stabilit la ţară ca pentru ori-ce afecţie febrilă să se dea chinină de la primării şi în registrul de distribuirea medicamentelor, cazul să fie etichetat drept paludism.

Din toate aceste cifre, cari nu pot avea o valoare absolută şi cari ar merita numeroase îndreptări, rezultă că paludismul prezintă la noi o foarte mare extensie. La circulările adresate de Direcţia serviciului sanitar în anii 1904, 1905, 1906 şi 1907 către medicii de judeţ, pentru a avea informaţii mai precise asupra localităţilor celor mai bântuite unde urma să se facă campanii antimalarice, n'a fost judeţ, în care să nu se fi arătat, că numărul acestor localităţi e foarte mare. Enumerarea lor complectă ar fi prea lungă şi fastidioasă. In Vlaşca sunt arătate 110 comune, ca foarte bântuite de paludism, în Ilfov 73, în Romanaţi 59, în Mehedinţi 53, în Constanţa 23, în Iaşi 16 etc.

Acestea, ca localităţi foarte impaludate, lăsând deoparte pe acele cu cazuri sporadice. Ca exemple de localităţi extrem de malarice voi cita numai două: Podul Gros din Mehedinţi şi Anadolchioi din Constanţa.

Podul Gros, în 1866 avea 150 de familii. Acum însă, în mare parte din cauza paludismului, populaţia s'a redus la un număr de 78 familii. Aproape toţi locuitorii prezintă aspectul tipic datorit paludismului cronic: anemie extremă, faţa teroasă, splina mărită. Dintr'o anchetă făcută la Podul Gros în 1906, pentru a face o chininizare sistematică, reiese că în 1904, dintr'o populaţie de 344 locuitori, 143 au avut friguri; în 1905 proporţia impaludaţilor s'a mărit la 168. In 1906, până la 10 August, medicul de plasă, Doctorul Vladimirescu, a găsit 188 paludici cronici sau cu accese. De la 10 August până la 25 Septembre s'au mai ivit încă 37 cazuri. Cifra mortalităţei în această comună e foarte ridicată şi toate epidemiile care au bântuit: tusea convulsivă, diareea infantilă, dizenteria au dat un procent foarte mare de morţi. Sunt şease familii, din care 2—3 membrii au sucombat în urma paludismului. Anul acesta, epidemia de pojar care a bântuit în Mehedinţi, a făcut în Podul Gras ravagii mari din cauza terenului slăbit de paludism.

La Anadolchioi lângă Constanţa, paludismul bântuie în mod îngrozitor. In 1906, la o populaţie de 2066 locuitori, au fost 546 cazuri de friguri. Cifra reală trebuie să fie însă mult mai mare. Numărul aceasta de paludici e dat după ancheta retrospectivă făcută în 1907. Populaţia însă declară, că nu e casă, în care aproape toţi locuitorii să nu fi suferit de friguri. In timpul concentrărei trupelor diviziei IX-a în tabăra de la Anadolchioi, în 1906, numărul cazurilor a fost foarte mare.

Medicul colonel, doctorul Palauz, a binevoit să-mi pună la dispoziţie oarecari date statistice.

Dintr'un efectiv de 7500 soldaţi în August şi 6086 în Septembrie, au fost trataţi în infirmerii pentru paludism 473, la consultaţii 499, în spitalul militar 308. Erau zile în August, în cari soldaţii cădeau din front cu accese grave de paludism. Dacă în spitalul militar s'a produs numai un caz mortal, au fost însă în populaţia civilă cazuri mai numeroase.

Dintre soldaţii concediaţi, cel puţin 4—5, după spusele medicului de plasă, Doctorul Temo, au sucombat în urma recidivelor după reîntoarcerea lor de la concentrare.

In 1907 am studiat de aproape epidemia de paludism din Anadolchioi, cu începere din luna Iulie. La această dată, în urma unei inspecţiuni făcută cu profesorul Cantacuzino, directorul general al serviciului sanitar, constatând ravagiile mari datorite paludismului, am hotărât să se înceapă o chininizare sistematică în această localitate. De la 1 Ianuarie 1907 până la 1 Ianuarie 1908 au fost în Anadolchioi, la o populaţie de 2066 locuitori, 1098 cazuri de paludism cu diagnostice, în mare parte confirmate prin examenul microscopic al sângelui.

Am observat un număr oarecare de cazuri de pernicioasă: 4 cu forma tifică din care unul a sucombat, 8 cu forma comatoasă din care 2 au sucombat, 10 pseudo-continue.

In cercetările făcute, am constatat că nu era casă în care să nu se găsească bolnavi de paludism. Aspectul populaţiei era absolut mizerabil. Cifra mortalităţei a egalat pe cea a natalităţei, (102 morţi, 103 născuţi în 1907) de şi sigura epidemie din anul 1907, în afară de paludism, a fost pojarul cu 117 cazuri, din cari 5 mortale. Am găsit bolnavi cari recidivau de ani întregi şi un număr foarte mare de paludici cronici. Cu toate că o chininizare sistematică e foarte dificilă — populaţia fiind în mare parte nestabilă — s'a ajuns însă la rezultatul, că recidivele diminuează din ce în ce şi în 1908 epidemia a descrescut în mod simţitor (1).

Exemplele acestea sunt demonstrative — Ele arată ravagiile pe cari chiar la noi le poate face paludismul. Aşi putea multiplica aceste exemple, citând satele dimprejurul Medgidiei şi carierele de piatră de la Chiostel (Constanţa), unde în vara anului 1907, după cercetări pe cari le am făcut în localitate, am găsit, că aproape toţi locuitorii au suferit de friguri, unii dintre ei cu forme grave pseudo-continue.

La Chiostel am putut constata un caz de bilioasă emoglobinurică. La Izlaz, la Vădăstriţa în Romanaţi, înainte de campaniile antimalarice, cazurile de paludism erau numeroase şi grave. In 1905, în inspecţia făcută cu doctorul Daniel Ionescu, medicul primar al judeţului, am constatat cazuri de febră pseudo-continuă cu aspect tific, cari au cedat în urma tratamentului chininic,

La Frăsinet, la Tăriceni, în Ilfov ca să nu vorbesc de cât de localităţile pe cari le cunosc prin experienţa mea personală, majoritatea populaţiei suferea de friguri înainte de începerea campaniilor antimalarice.

Cazuri de pernicioasă mortală, au putut fi constatate în aceste localităţi, în anii anteriori chininizărei sistematice. In Tăriceni, în 1907, am putut încă constata o bilioasă emoglobinurică.

Când malaria se prezintă la noi cu extensia aceasta şi uneori cu o gravitate foarte mare, combaterea sa sistematică se impune. Cunoştinţele dobândite asupra etiologiei malariei, ne permit să facem o profilaxie eficace.

Paludismul, a cărui etiologie prezinta altă dată atâtea obscurităţi, e azi una din maladiile cele mai bine cunoscute. Multe din măsurile vechi de profilaxie, bazate pe o experienţă seculară, sunt cu siguranţă excelente. Investigaţiile făcute asupra cauzelor frigurilor de baltă, au produs însă ca prim şi îmbucurător rezultat o remaniare a profilaxiei pe baze noi şi sigure.

---

(1) In tot cursul anului 1908 au fost în Anadolchioi 507 cazuzi (249 cazuri noi şi 258 recidive).

Profilaxia malariei, care era empirică, e acum ştiinţifică şi raţională.

Graţie acestei profilaxii, paludismul, care era endemic în multe părţi ale globului, diminuează în mod vădit şi când măsurile de profilaxie se aplică integral, el cedează cu o repeziciune uimitoare. In Italia, în câţiva ani numai, de la 1902, de când se face o campanie antimalarică sistematică mortalitatea a scăzut de la 16000 la 4160.

Havana, oraşul Ismailia, unele din coloniile engleze şi franceze focare paludice intense, au putut fi complect asanate.

⁂

Profilaxia malariei a preocupat omenirea încă din timpuri depărtate. Când în veacul al XV-lea, Portughezii, cari erau naţiunea voiajoară şi maritimă prin excelenţă, îşi făceau descoperirile dealungul coastei Africei de West, ravagiile produse de paludism în timpul acela, când coaja de chinină nu era cunoscută, erau înspăimântătoare.

Pentru a se apăra de friguri, marinarii portughezi, plecând de la observaţia exactă a imunităţei locuitorilor aborigeni, credeau că trebue să-şi schimbe constituţia sanguină (?) consumând aceleaşi alimente şi aceeaşi apă ca şi negrii de pe coasta Africei. De aceea, navigatorii cari debarcau pe această coastă, recurgeau la venesecţii abundente, crezând că sângele care se reformează, capătă, în urma alimentaţiei identice cu a autochtonilor, proprietăţi noi şi că astfel sunt feriţi de friguri!

O dată importantă, pentru tratamentul ca şi pentru profilaxia malariei, e cea a descoperirei proprietaţilor terapeutice ale coajei de chinchina.

In 1640, Contesa de Cinchon şi medicul său Juan del Vego, aduc din Ecuador în Europa coaja de chinchina şi întrebuinţarea sa în tratamentul frigurilor se răspândeşte repede.

O profilaxie raţională a paludismului, a fost aplicată pentru întâia dată de Contele de Bonneval.

In 1717, în timpul asediului Belgradului, Contele de Bonneval ca şi oamenii săi, luau pulbere de coaje de chinchina.

După relaţia dată de Kramer, nici unul din ei nu s'a bolnăvit de friguri. Cantitatea de chinchină întrebuinţată nu e însă indicată.

La sfârşitul veacului al XVIII-lea, medicul englez Lind, administra zilnic, cu rezultate excelente, tuturor marinarilor cari debarcau peste noapte în localităţi impaludate, 15 grame de coajă de chinchină, ceeace corespunde cu 0,75 centigrame de chinină. Un mare progres a fost realizat, când în 1820, Pelletier şi Caventou, au extras din coaja de chinchină principiul activ: chinina. Se putea administra cu acelaşi succes, în loc de 15 — 30 grame de coajă pulverizată, 1 — 2 grame de chinină. Mai târziu însă, sfaturile excelente asupra întrebuinţărei coajei de chinchină, au căzut în uitare şi părerile, asupra dozei de coaje sau de chinină necesare pentru profilaxie, variază foarte mult.

Laveran (Traité du paludisme, Masson 1907) dă o lungă enumerare a autorilor cari au preconizat întrebuinţarea profilactică a chininei.

Pe la mijlocul veacului al XIX-lea, Englezii dau numai 0,30 centigrame de chinină.

Dozele acestea, insuficiente pentru regiuni foarte impaludate, nu prezervă totd'auna de paludism; de aci discreditul relativ în care căzuse profilaxia chininică a paludismului. Numai când în urma descoperirei ematozoarului de Laveran (1880), s'a putut constata şi urmări sub microscop efectele chininei asupra parazitului, profilaxia chininică a căpătat o bază ştiinţifică.

Descoperirea propagărei ematozoarului prin anophel, descoperire făcută de Ronald Ross în 1897, a introdus noi şi importante puncte de vedere pentru combaterea paludismului.

Să ştie azi, că desvoltarea paraziţilor malariei, se face în om şi în anumite varietăţi de anopheles. Se cunoaşte apoi cu toate amănuntele, modul de viaţă şi obiceiurile acestor ţânţari.

In sângele omului, parazitul malariei perzistă un timp foarte îndelungat, chiar după accesul de friguri, sub formele sale sexuate, gameţii. Gameţii însă nu să pot multiplica de cât în stomacul ţânţarului.

Ei dau naştere acolo la sporozoiţi. Sporozoiţii odată produşi, trec în cavitatea corpului şi de acolo prin limfă sau prin sânge ajung în glandele salivare. Când ţânţarul ast-fel infectat înţeapă un individ sănătos, îi inoculează parazitul malariei.

Dezvoltarea paraziţilor, în stomacul anophelului, nu se poate însă produce de cât în anumite condiţiuni de temperatură exterioară (între 15°—30°). De aceea, dacă în tropice, anophelii pot să transmită paludismul aproape tot anul — afară numai de lunile de secetă, când apa lipsind, desvoltarea ţânţarilor nu se poate face — în climele noastre temperate, anophelii nu servă la propagarea frigurilor de baltă de cât din Mai până la sfârşitul lui Septembre sau începutul lui Octombre.

Graţie acestor noţiuni stabilite astă-zi cu toate garanţiile de certitudine ştiinţifică — noţiuni pe cari n'am ţinut decât să le schiţez în treacăt — o combatere raţională a paludismului e posibilă.

Ea se poate face în modul următor:

1. Prin distrugerea ţânţarilor anopheles, de oare-ce, dacă se distrug agenţii transmiţători ai boalei, boala nu se va mai putea propaga.

2. Prin apărarea contra înţepăturei ţânţarilor.

3. Prin distrugerea paraziţilor în om.

Distrugerea paraziţilor în om se poate face în două feluri:

a) prin chininizarea sistematică curativă a malaricilor până la dispariţia complectă a ematozoarilor; în cazul acesta, anophelii nu se vor mai putea infecta şi nu vor mai putea prin urmare transmite boala.

b) prin chininizarea preventivă a întregei populaţii dintr'o localitate malarică, de oare-ce chinina introdusă prealabil în sânge, împedică desvoltarea paraziţilor în cazul când ei ar fi introduşi prin înţepătura unui ţânţar infectat.

4. Prin măsuri în fine de profilaxie generală, cari măresc rezistenţa individului şi-l fac să prindă tot aşa de greu malaria ca ori şi ce altă boală infecţioasă.

Voi expune pe rând fie-care din aceste puncte din profilaxia paludismului, insistând cu deosebire asupra chininizărei profilactice, singura măsură aplicabilă pe o scară întinsă şi care a dat şi la noi rezultate excelente. Voi da oare-care extensie rezultatelor obţinute la noi, arătând înşă, că dacă un început s'a făcut, rămâne încă un vast program de realizat, program care cere o largă colaborare din partea tuturor factorilor sociali, a statului ca şi a particularilor şi mai cu deosebire a medicilor din funcţiuni publice: medicii rurali ca şi medicii de oraşe.

* * *

1. Măsurile contra ţânţarilor anopheles se pot îndrepta:

a) contra ţânţarilor adulţi,

b) contra ouălor, larvelor, nimfelor.

a) Distrugerea insectelor adulte e destul de dificilă şi nu se poate face de cât în locuinţele în cari au pătruns. Ca mijloc de combatere a malariei e absolut insuficient, de oare-ce generalizarea sa e foarte dificilă. Substanţele întrebuinţate — chiar cele mai bune— n'au pe de altă parte, de cele mai multe ori, alt efect de cât să anestezieze ţânţarii, nu să-i omoare. Intrebuinţarea lor e posibilă într'unele case izolate, pentru a îndepărta ţânţarii, cari sunt o adevărată plagă, mai cu deosebire în ţările calde.

Substanţa cea mai întrebuinţată e piretrul. Cantitatea necesară, după Eysell. e de 2 grame pentru un metru cub. După 3 ore ţânţarii cad amorţiţi şi pot fi culeşi ca să fie distruşi. Giles, recomandă în loc de piretru, care e prea scump, un amestec de 1 parte salpetru, 1 parte pulbere de cărbune de lemn şi 8 părţi sulf. Adăogându-se o soluţie de gomă arabică, se face din amestecul acesta o lumânare în greutate de 120 grame. După ce se usucă la soare lumânarea aceasta aprinsă, servă ca să gonească ţânţarii. Un rezultat analog, poate fi obţinut cu ajutorul lămpilor cu formol sau dispunând în camere vase conţinând lisoform cari degajează vapori de formol. Toate aceste procedee au însă marele desavantaj de a vicia aerul şi de a irita mucoasa aparatului respirator. Kerschbaumer recomandă formula următoare: pulbere de flori de crisanteme şi de rădăcini de valeriană 40 grame de fie-care, azotat de potassiu 10 grame. Din amestecul acesta, se întrebuinţează conţinutul unei linguri pentru 30—40 metrii cubi. El are avantajul că e eftin şi arde fără particule de cărbune. Gazul sulfuros, în proporţie de 2°/₀ distribuit cu ajutorul aparatului Clayton, omoară ţânţarii după 2 ore; în proporţie de 1°/₀ după 4 ore (Francis). Intrebuinţarea sa a dat rezultate excelente pentru distrugerea stegomiei fasciata, propagatorul febrei galbene (Gorgas, Howard, Carter, Guiteras).

Nu voi insista mai mult asupra punctului acesta, de oare-ce substanţele cari servă la îndepărtarea ţânţarilor, nu pot avea de cât o aplicare foarte răstrânsă şi de importanţă secundară, mai cu deosebire fiind dat modul cum se propagă paludismul la noi, în populaţia rurală, unde întrebuinţarea lor nu poate intra în practica obişnuită.

b) Distrugerea ouălor, larvelor, nimfelor.

Posibilitatea de a distruge ţânţarii adulţi fiind foarte limitată, lupta contra ţânţarilor se poate face cu mai mulţi sorţi de izbândă, atunci când se găsesc în starea lor larvară sau în contra ouălor și nimfelor.

In stadiile acestea de desvoltare, reunite în apă, ouăle, larvele, nimfele pot fi urmărite mai ușor de cât țânțarii aripați.

Țânțarii au nevoe de prezența de ape stătătoare pentru metamorfozele lor. Toate colecțiile de ape stătătoare, chiar cele mai mici, pot servi țânțarilor pentru ca să-și depună ouăle. Mlaștinele mari, prezintă pe marginele lor anumite plante aquatice cum e Ranunculus aquaticus. Intre rădăcinele acestor plante sau în apele cu curent slab, în care crește trestia sau carexul, țânțarul poate să-și depună ouăle. In general însă, țânțarii preferă colecțiile mici de ape stătătoare și nu mlaștinele mari.

Larvele de țânțari nu se găsesc aproape nici odată în lacurile și mlaștinele întinse. Cauza pentru care în colecțiile mari de ape, țânțarii nu ajung la desvoltarea complectă e agitația care se produce la suprafața lor. Larvele, în condițiile acestea, nu pot să-și găsească alimentația de care au nevoe pentru dezvoltarea lor. Chiar în apele stagnante, larvele de anopheles, caută punctele în care cresc plantele de apă: Nitella syncarpa, Hydrodictyon reticulatum, Ranunculus aquaticus, Nasturtium officinale și evită mlaștinele cu vegetație săracă, conținând foi moarte ca și cele acoperite de lintiță (lemna palustris), cari le împedică să poată respira liber la suprafața apelor.

Locul de predilecție, în care țânțarii își depun ouăle, sunt rezervoriile și recipientele diverse cari se găsesc prin curți.

Intr'o putină cu apă, Galli-Valerio și Rochaz de Jongh au făcut calculul, că se pot desvolta într'un singur an 20,000,000,000 de țânțari.

Ouăle pot fi depuse pe marginea șanțurilor chiar uscate și pot rămâne într'un fel de viață latentă, până ce condiții favorabile (apa și temperatura) permit desvoltarea lor.

Faptul acesta merită să fie cunoscut, de oare-ce din ouăle rămase ast-fel peste iarnă, chiar pe teren uscat, se desvoltă primele larve primăvara. Ouăle au de altminteri o rezistență foarte mare și dacă cele de primăvară și vară rezistă la desicație în timp de 7—10 zile, cele de la sfârșitul toamnei pot trece iarna și produce larve peste 3 luni (Galli Valerio, Ross). E important de cunoscut că, chiar pentru larve, dispariția apei dintr'o mlaștină nu provoacă moartea lor imediată. Pe teren umed, ele pot rezista de la câte-va ceasuri până la 4 sau 5 zile şi pe teren uscat, până la 12 ceasuri. Constatările acestea explică, de ce secarea unei mlaştini, nu are ca efect imediat moartea tuturor larvelor de oare-ce e de ajuns ca peste câte-va zile mlaştinele să se umple cu apă prin ploi sau într'altfel, pentru ca larvele să-şi continue dezvoltarea. In timpul iernei larvele nu dispar.

E câte o dată de ajuns să fie o mică cantitate de apă, sub un strat gros de ghiaţă, pentru ca larvele să poată ierna. Faptul acesta, al ibernaţiei larvelor, are foarte mare importanţă practică, de oare-ce larvele acestea, sunt cele dintâi cari se transformă în nimfe şi dau prima generaţie de ţânţari care-şi va depune ouăle într'un mare număr de mlaştine. Nimfele au o rezistenţă mai mare de cât larvele şi pot da ţânţari adulţi chiar în ape agitate de curente. Ele se desvoltă în ape acoperite de lintiţă, în macerații de cânepă, de in, în apă de mare. Nimfele pot să iberneze.

Dacă numărul lor primăvara e foarte mic, cauza e că, ultimele nimfe formate în toamnă sau se dezvoltă până la forma adultă înaintea ernei sau, prin faptul că se ţin la suprafaţa apei, sunt prinse în sloii de gheaţă şi sucombă.

Ţânţarii găsesc condiţii de dezvoltare foarte favorabile în şanţurile şi gropile de împrumut, săpate pentru terasamentele căilor ferate, cari se transformă repede în rezervorii de apă stagnantă, conţinând o vegetaţie bogată în alge.

O chestie importantă, pentru dezvoltarea larvelor, e cea a purităţei, mai mult sau mai puţin complectă, a apelor stătătoare. In general larvele de anophel preferă apele curate pe când cele de culex se pot dezvolta în apele cele mai murdare. Diferenţiarea aceasta nu e însă absolută şi nu rare ori se poate constata prezenţa larvelor de anopheles în apele destul de murdare, conţinute în rezervorii mici, cari se află prin curţile locuitorilor, cum sunt putinele pentru apa de ploaie, cutiile goale de conserve şi chiar în apa conţinând gunoi (Grassi, Galli-Valerio). In apa în care se topeşte cânepa sau inul, larvele de anopheles pot să trăiască foarte bine, dacă maceraţia de cânepă sau de in nu e prea concentrată.

Ouăle, larvele şi nimfele, desvoltându-se în apele stătătoare sau în apele curgătoare, dar cu curent slab şi acoperite de vegetaţie mai abundentă, supravegherea acestor ape ar fi un excelent mijloc pentru combaterea paludismului, în cazul când ea ar putea fi complectă şi riguros întreţinută. Lucrările de asanare a solului ast-fel practicate, constitue o măsură foarte eficace pentru a diminua şi a face chiar să dispară ţânţarii dintr'o localitate anumită. Intr'o serie de articole, publicate în 1905, asupra profilaxiei paludismului, în Revista ştiinţelor medicale, am arătat, cu toate amănuntele necesare, modul cum această asanare trebue să fie înţeleasă. Fără a insista din nou asupra punctului acesta, e nevoe de a arăta în câte-va cuvinte, diferitele procedee cari să pot întrebuinţa pentru asanarea solului.

Procedeul cel mai întrebuinţat e *drenajul*. El se practică prin tuburi poroase, dispuse sub suprafaţa solului sau prin şanţuri umplute cu pietre şi acoperite de pământ. Apele de la suprafaţa solului pot ast-fel căpăta o scurgere şi nu mai stagnează. Dacă panta drenurilor e suficientă se pot asana întinderi foarte mari de teren, cari sunt redate agriculturei. Graţie drenajului, localităţi altă dată pustiite de paludism sunt acum complect asanate. In Irlanda febrele erau frequente la începutul veacului al XIX-lea şi Graves arată cum prin lucrările de drenaj d'imprejurul Dublinului ele dispăruseră aproape complect încă de la 1830.

In Englitera, în comitatele Norfolk, Lincolnshire, Cambridgeshire, în Statele-Unite s'a ajuns la rezultate excelente prin sistemul de drenaj. Drenajul poate fi favorizat prin plantaţii cari deschid porii solului şi permit scurgerea apelor. Plantaţiile de floarea soarelui (Helianthus anuus) de eucalipt (Eucalyptus rostrata şi globulus) de ricin, carica papaya, ocimum viride, paulownia imperialis permit să se evaporeze o mare parte din apa solului şi pe de altă parte, o drenează dealungul rădăcinelor lor. Plantaţia de eucalipt de la mănăstirea Tre Fontane de lângă Roma, e foarte cunoscută prin efectele excelente pe cari le-a avut pentru asanarea localităţei.

Plantaţiile trebue să fie distanţate şi de aceea nu e bine să formeze boschete şi pădurici de oare-ce, în cazul acesta favorizează umiditatea şi oferă un loc de adăpost ţânţarilor. In locuinţele înconjurate de boschete, chiar dacă se înlătură sau se supraveghează toate apele stătătoare din vecinătate, anophelii perzistă un timp îndelungat.

De aceea, în zonele calde unde lupta contra ţânţarilor — anopheles ca şi stegomyia — e dusă cu toată energia, se suprimă cu grije şi boschetele d'imprejurul locuinţelor la o distanţă de cel puţin câte-va sute de metri.

Un alt mijloc pentru asanarea solului e cel al *puţurilor absorbante*. In regiunile unde sub stratul de argil impermeabil se găşeşte un strat permeabil, puţurile acestea pot să aibă o aplicare foarte eficace. Se perforează în mai multe locuri stratul de argil şi apa de la suprafaţă se poate astfel scurge în profunzime.

Prin procedeul acesta, inginerul francez Chambrelent, a asanat regiunea Landelor (les Landes).

Canalele de scurgere permit evacuarea apei dintr'o mlaştină în mare, în lacuri sau în râurile vecine. Canalele acestea se pot face uşor, când mlaştinele se găsesc la un nivel mai ridicat de cât cel al apei către care ele sunt dirijate. Când însă mlaştinele sunt situate la un nivel mai jos, e nevoe de maşine elevatoare. Cu procedeul acesta, s'a secat lacul Fucino din Italia, mai multe localităţi din campania romană, din Olanda. Canalele de scurgere trebue întreţinute cu multă grijă. Curentul apei trebue să aibă o viteză de cel puţin 0,20 centimetrii pe secundă (Celli) şi vegetaţia de pe marginea lor înlăturată, pentru că alt-fel ele s'ar transforma într'adevărate focare de ţânţari. In Olanda, în Italia, la Ostia şi în câmpia Collico, unde s'a făcut un canal mare, Borgo Francone, s'a putut vedea ce efecte rele pot să aibă canale rău întreţinute, de oarece ele au creat dealungul lor focare noi de malarie (Rochaz de Jongh).

Colmatajul e operaţia care constă în a acoperi mlaştinele cu pământ sau nisip. Colmatajul se poate face prin scurgerea în mlaştine a apelor fluviale încărcate cu materii în suspensie, aşa încât mlaştinele să fie umplute cu producte de aluviune. Sistemul acesta s'a aplicat cu foarte bune rezultate într'un foarte mare număr de localităţi. S'a asanat ast-fel în Italia Val de Chiana, împrejurimile de de Grosseto, în Elveţia localităţi din Valais, câmpia de la Magadino (Tessin). Lucrările de colmataj trebue să fie însă absolut complecte, de oare-ce alt-fel, apele cari perzistă pot să devină cuiburi noi de ţânţari.

Colmatajul artificial se practică prin transportarea de pământ sau nisip în mlaştine. Ross l'a întrebuinţat cu mult succes la Sierra-Leone. In Germania, s'a aplicat cu foarte bune rezultate colmatajul, prin vărsarea în cursuri de ape de cantităţi mari de pământ. Cursurile aceste de ape erau derivate către mlaştine cari în felul acesta erau potmolite.

Ori care ar fi sistemul de asanare a solului, lucrările făcute trebue să fie complectate printr'o cultură intensivă.

Se împedică ast-fel prin evaporarea continuă, întreţinută la suprafaţa solului, crearea de noi mlaştine.

In cazul când lucrările de asanare, nu se pot face după toate regulele, pericolul provenit din apele stătătoare, cari dau naştere la focare de paludism, se poate evita până la un punct, practicând regularizarea mlaştinelor şi lacurilor. Se sapă marginea lor pentru a evita formarea de smârcuri, se caută să se menţină apa la un nivel constant, se distrug plantele aquatice cari cresc pe laturi. Un alt procedeu, care însă nu poate avea decât o valoare relativă, constă în împedicarea dezvoltărei larvelor, menţinând o oare-care agitaţie la suprafaţa apelor stătătoare. Un curent de apă, în basinurile din curţi, printr'un simplu „jet d'eau" poate să jeneze dacă nu să împedice complect dezvoltarea ţânţarilor. Howard, la St.-Diego (Texas), a avut rezultate destul de bune, utilizând morile de vânt pentru a întreţine o oare-care agitaţie la suprafaţa lacurilor.

Formarea de smârcuri şi mlaştine se poate împedica în mare parte când terenurile sunt puse la adăpost de inundaţii. Lucrările inginereşti, indigările, pot fi în privinţa aceasta foarte utile. Impăduririle şi construcţia de stăvilare în munţi, joacă un rol foarte important, de oare-ce regulând distribuţia apelor, împedică acumularea lor bruscă şi inundaţiile. Din contra, despăduririle compromit cele mai bune lucrări de bonificări idraulice. Efectele dezastroase ale acestor despăduriri s'au putut vedea în Italia la Valle del Crati (Rossi, Atti per gli Studi della Malaria 1907). In Germania, toată atenţia se dă lucrărilor de consolidare şi de împăduriri cari se fac în munţi. Se împedică ast-fel inundaţiile, cari într'alte ţări ca şi la noi revin aproape periodic.

Pentru lucrările făcute în vederea construirei căilor ferate ca şi pentru cele necesitate de traseul şoselelor, drumurilor, pentru săparea de cariere se vor evita să se lase excavaţii conţinând ape stătătoare, fără să li se asigure scurgerea, în cazul când nu se iau alte măsuri, cum ar fi colmatajul sau petrolizarea.

In ţările în cari se cultivă orezul, ar trebui să se impună ca rizierele să fie la o distanţă de cel puţin 2—3 kilometri de locuinţe şi pe cât posibil, apa din riziere să fie pusă în mişcare. Inul, cânepa, în loc să fie topite în apă, s'ar putea întinde pe câmpii unde fibrele s'ar dezagrega prin efectul aerului şi al ploilor.

In cazul când maceraţia inului şi cânepei s'ar face în felul obişnuit, operaţia aceasta s'ar putea efectua în rezervorii ermetic închise, în cari ţânţarii n'ar putea să-şi depună ouăle.

Punct foarte important, când e vorba de luat măsuri contra multiplicărei ţânţarilor, o supraveghere constantă trebue exercitată în ceea-ce priveşte toate micile recipiente cu ape, din curţi sau grădini.

Rezervoriile acestea de ape, ca şi smârcurile cu ape stătătoare formate în urma ploilor, trebue continuu cercetate şi nu e exagerat să se spună, că din punctul de vedere special al etiologiei paludismului, înlăturarea lor e mai importantă de cât chiar lucrările mari de bonificare idraulică.

In multe localităţi, mai cu deosebire în Italia, unde asanarea terenurilor palustre se continuă de ani întregi, s'a putut constata prezenţa acestor depozite mici de ape stătătoare, cari fuseseră trecute cu vederea în lucrările întreprinse, de oare-ce se găseau în afară de perimetrul bonificărilor idraulice.

In definitiv, lucrările de asanare a terenurilor palustre, cari atunci când sunt făcute după toate regulele şi sunt asociate cu o cultură intensivă au avantaje şi economice şi igienice, nu pot să joace, în ceea ce priveşte combaterea paludismului, rolul primordial pe care li-l atribue toţi cei cari socotesc că suprimând sau asanând regiunile băltoase, paludismul va fi dintr'odată învins. Dificultatea constă tocmai în toate micile depozite de ape, cari pot să scape supravegherei inginerilor şi cari sunt locul de predilecţie pentru dezvoltarea ţânţarilor. Celli arată cum în Italia, unde s'a cheltuit mai mult de o jumătate de miliard cu bonificările idraulice, problemul combaterei paludismului perzistă încă în mare parte şi nu poate să-şi găsească soluţia de cât în generalizarea măsurilor de profilaxie chininică.

Lucrările mari idraulice, chiar cele mai bine înţelese, nu sunt sinonime cu distrugerea anophelilor. Rossi şi Guarnieri au arătat că lucrările de asanare a terenurilor palustre, făcute în câmpiile provinciei Emilia, în Calabria şi Salerno, n'au avut de cât o influenţă foarte limitată în ceea ce priveşte combaterea paludismului (Atti per gli Studi della Malaria, 1907). Efectele igienice ale bonificărilor idraulice, au fost urmărite în 1907 pe versantul ionic al provinciei Basilicata, în golful San Eufemia (Guarnieri) la lacul Salpi în Capitanata, pe valea râului Idro în Terra di Otranto (Rossi, Atti 1908).

S'a confirmat din nou că lucrările acestea, nu au ca consecinţă înlăturarea anophelilor şi că dacă ele joacă un rol în combaterea malariei, e cu totul indirect, prin ameliorarea stărei economice a populaţiei, în urma culturei intensive care se poate face pe aceste terenuri. Bonificările idraulice, restituind agriculturei terenuri imense, până aici neutilizate ameliorează starea economică și contribue la diminuarea receptivităţei morbide. Pe de altă parte, fapt care reese din ce în ce în mod mai evident, din cercetări făcute în toţi anii din urmă, nu există o relaţie constantă între intensitatea distribuţiei anophelilor şi intensitatea malariei. Regiuni cu malarie cu forme grave, nu prezintă de cât un număr mic de anopheli şi viceversa, regiuni cu forme foarte uşoare, un număr foarte mare din aceste insecte.

Chiar în localităţile foarte bântuite şi în anotimpul cel mai prielnic pentru infectarea ţânţarilor, nu s'au găsit nici în Italia nici în Algeria mai mult de 4°/₀ din anopheli parazitaţi (Celli, Sergent).

Regiuni extrem de impaludate în secolii trecuţi, cum sunt bălţile din jurul Neapolului, la Pascone și Pasconcello, cum sunt cele de la Schito lângă Castellammare (Guarnieri), prezintă şi astăzi condiţii foarte favorabile pentru desvoltarea anophelilor şi cu toate că se găsesc şi malarici şi ţânţari cari pot transporta parazitul, totuşi malaria de abia mai există.

Ţânţarii, ori cari ar fi lucrările idraulice întreprinse, vor găsi totuşi posibilitatea să se dezvolte în câţiva litrii de apă abandonaţi într'un recipient ascuns în grădini sau în curţi, în şanţurile neglijate, în locurile de adăpat ale vitelor. Bonificările idraulice, nu vor putea înlătura complect condiţiile de dezvoltare proprice ţânţarilor anopheli. Ele însă vor crea condiţii de cultură a terenului cu mult mai favorabile. Ridicând ast-fel starea economică şi socială a populaţiei, paludismul va înceta în regiunele asanate. Prin profilaxia chininică locuitorul din terenuri băltoase, altă dată pustiite de paludism, se poate apăra de friguri. El poate ast-fel pune în valoare terenuri altădată improductive, de oare-ce boala nu-l împedică să muncească şi încetul cu încetul terenurile în cari altă dată ori-ce cultură era imposibilă, devin terenuri fertile, din cari malaria dispare.

La noi în ţară, opera de asanare a terenurilor palustre, e foarte greu de realizat.

Pădurile se tae destul de nechibzuit şi consecinţa e că avem un regim de ape foarte capricios, cu inundaţii cari revin aproape constant.

Cursul râurilor e oprit prin zăgazuri, pentru înmulţirea peştelui şi pentru facerea de băltoace necesare adăpărei vitelor. Curăţirea şi destuparea şanţurilor din laturele şoselelor e destul de neglijată şi pe de altă parte se sapă gropi de împrumut pentru terasamentele căilor ferate, cărora nu li se dă inclinaţia necesară pentru scurgerea apei de ploae. Imprejurul fântânelor, cari nu sunt împetrite cu destulă grijă, apa stagnează. Pericolul tuturor acestor depozite de ape stătătoare e mult mai mare din punctul de vedere al creărei condiţiilor necesare pentru dezvoltarea anophelilor, de cât cel datorit întinderei foarte mari a bălţilor şi terenurilor de inundaţie situate dealungul Dunărei şi a celorl'alte fluvii din ţară. E sigur însă, că şi în aceste terenuri, în jepci, în stufării, în mlaştine, ţânţarii se pot multiplica. Dunărea, de la intrarea sa în ţară până la Marea Neagră, formează o suprafaţă de 891,232 hectare de teren băltos.

Din acestea, 432,187 hectare sunt bălţi şi stufării, iar 459.045 teren de inundaţie.

Pe malul Prutului, terenurile inundabile se află pe o întindere de 83014 hectare, pe malul Siretului de 98632 hectare, pe ale Moldovei de 16619 hectare, pe ale Bârladului de 30.143 hectare, pe ale Bistriţei de 9.136 hectare, pe ale Jijiei de 9.216 hectare. In total numai la râurile din Moldova şi valea Dunărei — pentru cele din Muntenia lucrările nu sunt încă terminate — zona de inundaţiune este de 1.137.992 hectare, ceea-ce face peste 8.6°/₀ din suprafaţa totală a ţărei (Antipa. Punerea în valoare a terenurilor de inundaţiune a Dunărei. Buletinul ministerului agriculturei, industriei, comerciului şi domeniilor 1907).

Până acum, terenurile de inundaţiune ale Dunărei n'aduc de cât un venit neînsemnat, aşa în cât din punct de vedere economic, se impune ca ele să fie puse în valoare. Statul, căruia aparţine 83°/₀ din zona de inundaţie a Dunărei, va trebui să ia iniţiativa lucrărilor, cari vor permite utilizarea acestor terenuri. Prin legea votată în 1907, se prevede un fond special pentru executarea acestor lucrări. După această lege, ministerul de domenii poate dispune să se facă studii şi proecte şi pentru proprietăţi particulare situate în zona de inundaţie a Dunărei, iar pe de altă parte statul poate să se învoiască cu proprietarii învecinaţi, formând „sindicate de amelioraţiuni“ pentru executarea în comun a lucrărilor de punere în valoare. Statul are într'acelaşi timp dreptul să răscumpere de la proprietarii vecini terenul necesar, pentru facerea canalului de scurgere, în cazul când scurgerea naturală nu trece pe proprietatea sa. Lucrările pentru punerea în valoare a acestor terenuri ar consta în: desecări, indigări, apărări de inundaţie, întărirea malurilor, drenaje, amenajarea bălţilor pentru piscicultură. Apărarea prin diguri a unora din terenuri pentru a nu fi inundate, le va deseca ast-fel ca în permanenţă să se poată face agricultură pe ele. Canalele de scurgere, servind într'acelaşi timp şi de canale de drenare, vor scoborâ nivelul apei de infiltraţiune şi vor mări cu mult valoarea pământului. Lucrările de punere în valoare, a zonei de inundaţie a Dunărei şi a celorl'alte fluvii din ţară, vor avea deci, în primul rând, avantaje enorme economice şi numai indirect, cum am expus mai sus, efecte igienice în ceea ce priveşte diminuarea paludismului.

Legea pentru punerea în valoare a terenurilor inundabile era absolut necesară, de oare-ce lucrările de asanare făcute până acum erau neînsemnate. Digul de la Chirnogi (Ilfov) pe o întindere de $16^1/_2$ kilometri, contra inundaţiilor Dunărei şi Argeşului, era lucrarea cea mai considerabilă din punctul acesta de vedere.

Se câştiga în felul acesta 2500 hectare de teren pentru agricultură.

In 1907, ministerul de domenii a construit la Spanţov un dig de 3 kilometrii. Lucrarea nu e încă terminată; efectele ei bune se resimt deja, de oare-ce în 1908 inundaţiile din primăvară ale Dunărei au putut să fie evitate.

Cât despre secările de bălţi, regularizarea prin canalizare a cursului câtorva râuri, lucrările până acum întreprinse sunt încă şi mai neînsemnate. Plantarea cu sălcii făcută în balta d'imprejurul Medgidiei, acum câţiva ani, de fapt nu mai există. Cele zece mii sălcii, plantate în scop de a ajuta uscarea terenului, sunt distruse în cea mai mare parte, de oare-ce locuitorii le tae cà să-şi procure combustibil.

Bonificările idraulice nu se pot face la noi de cât cu cheltueli enorme şi dacă din punctul de vedere economic în anumite localităţi ele pot să prezinte multe avantagii, combaterea paludismului nu se poate sprijini pe ele, de oare-ce în ori-ce caz e greu să fie complecte şi să înlăture posibilităţile de dezvoltare a ţânţarilor anopheles. Când, pentru a da un exemplu, sunt în Ilfov 13888 hectare acoperite de mlaştine, smârcuri, iazuri şi bălţi se vede cât ar fi de mari cheltuelile necesare pentru a deseca toate aceste terenuri. Ele pot trece peste 300 lei hectarul (Antipa).

In Italia costul bonificărei unui hectar a fost în medie de

429 lei (Celli). In Klang şi Port Swetenham (Malezia) în 2 localităţi numai, a fost nevoe de o cheltuială de 200.000 lei ca să se dreneze solul, să se acopere locurile mlăştinoase cu pământ şi să se înlăture ast-fel multe cuiburi de anopheles. E drept că în felul acesta malaria a scăzut cu 67°/₀ pe când în localităţile vecine, unde nu se făcuse nici o asanare a terenului, numărul cazurilor a sporit. Cheltuelile acestea mari nu vor putea fi suportate de cât rare ori şi din punctul de vedere al combaterei paludismului ele sunt de cele mai multe ori inutile, de oare-ce cu resurse financiare mult mai modeste, distribuind chinină profilactic şi curativ în mod sistematic, se poate ajunge la rezultate mult mai complecte.

Incercările de a împedica dezvoltarea larvelor de ţânţari, prin întroducerea apei de mare în apele stătătoare, nu pot da decât rezultate incomplecte de oarece dacă în Italia, Vivante a observat că larvele nu se pot dezvolta în ape sărate cu o concentrare mai mare decât 2°/₀, în Indiile Olandeze, Vogel a găsit încă larve în ape conţinând 8.74°/₀ de clorur de sodiu. Thayer, la Baltimore, a putut constata prezenţa larvelor în ape stătătoare cu 2°/₀ de clorur de sodiu, Le Prince, la Miraflores, în istmul Panama le-a găsit în ape putrede şi stagnante, în cari se întrodusese 90°/₀ de apă de mare. Incercarea făcută de Marchiafava şi Bignami la Sinigalli, de a jena dezvoltarea larvelor prin întroducerea apei de mare prin canale, în apele stătătoare, e departe deci de a reuşi totdauna, de oarece ţânţarii se pot adapta acestor noi condiţiuni de viaţă.

Dacă am vorbit cu oarecari amănunte despre influenţa pe care apa de mare ar putea-o avea asupra larvelor de ţânţari e că şi la noi, chestia a fost pusă când s'a propus ca lacul de la Anadolchioi, care e situat în apropierea mărei — la 2 kilometrii — să fie pus în comunicare cu marea, crezând că astfel, problemul combaterei malariei ar fi în mare parte rezolvat pentru această localitate, una din cele mai bântuite din ţară. Din cele expuse, se vede însă că soluţia aceasta nu e încă cea definitivă şi că chininizarea rămâne şi pentru Anadolchioi, în starea actuală de lucruri, mijlocul cel mai eficace.

Am dat extensia aceasta, capitolului relativ la bonificările idraulice, voind să arăt modul cum ele trebue să fie înţelese din punctul de vedere special al combaterei paludismului.

N'am voit însă să spun, reducând eficacitatea acestor lucrări la justa lor limită, că chiar pentru malarie, lăsând de oparte avantajele economice, lucrările acestea ar fi totdauna inutile.

Mai mult decât atâta, e foarte adevărat, că într'unele cazuri ele pot da rezultate foarte bune și cu cheltueli foarte mici. Ziemann, citează localități foarte impaludate din Camerun, unde canalizarea câtorva mici mlaștine a dat alături de chininizare rezultate excelente. In Istmul de Panama, Le Prince raportează, că prin lucrări idraulice, prin supravegherea constantă a tuturor depozitelor de apă stagnantă, malaria a scăzut simțitor. De unde în anii anteriori, lucrătorii întrebuințați la lucrările istmului erau atinși în proporție foarte mare, mai mult de $10^{0}/_{0}$ din ei pe fiecare săptămână, în 1908 de abia s'au bolnăvit $1^{0}/_{00}$. (Journal of the American Medical Association, 1908).

Lucrările necesare pentru bonificările idraulice, fiind însă de obicei foarte costisitoare și cerând un timp destul de lung pentru îndeplinirea lor, atenția igieniștilor a fost atrasă către alte mijloace de distrugere a larvelor din mlaștine și anume către mijloacele chimice.

Din experiențele făcute rezultă că, din toate substanțele încercate, câteva numai pot avea o aplicare practică și în primul rând petrolul.

Pulberea de flori de crisanteme, (0.50 centigrame la litru), pulberea de flori de Achillea millefolium, cenușa de fag, care are o alcalinitate destul de pronunțată ($5.82^{0}/_{0}$ de potasă) nu pot avea decât aplicații restrânse.

Petrolul ca și saprolul (ulei mineral conținând 40 — $45^{0}/_{0}$ de crezol) sunt de preferat față de celelalte substanțe oleoase de oarece se întind la suprafața apei în strat uniform fără să lase goluri.

Petrolul formează astfel la suprafața apei, un văl uniform, pe care larvele de țânțari nu-l pot străbate ca să vină să respire. El pătrunde pe de altă parte prin tracheele larvelor cari mor asfixiate. Petrolul nu se poate aplica însă decât pe suprafețe mici de apă și chiar și pe aceste suprafețe, e greu ca el să difuzeze în strat egal, dacă nu se înlătură toată vegetația.

Husson a arătat pentru Tunis (Atti, 1908) că e suficient ca pe lacurile petrolizate, să rămână pe ici, pe colo fire de iarbă, pentru ca larvele să se refugieze în ele.

Pentru răspândirea lui, pompele ordinare nu pot să serve, de oarece proiectat în felul acesta petrolul, are tendință să formeze picături sferoidale, cari nu se sudează între ele, așa încât în intervalele libere larvele de țânțari pot foarte bine să trăiască. Galli-Valerio a recomandat un aparat special pentru răspândirea petrolului. Cel mai simplu procedeu e de a întrebuinţa o cârpă muiată în petrol legată de o prăjină. El e răspândit astfel destul de bine şi în mod egal la suprafaţa apei.

Petrolul poate fi întrebuinţat pentru apele în cari trăesc peşti sau crustacee, de oarece animalele acestea respiră oxigenul dizolvat în apă şi nu sunt încomodate din cauza petrolizărei. Saprolul, care e dezodorisant şi larvicid, e recomandat pentru mlaştinele conţinând ape putrede. Cantitatea de petrol şi de saprol necesară e de 15—20 c. c. pe metru pătrat. Stratul de petrol, chiar dacă se răspândeşte în mod uniform, se evaporează destul de repede. După 2—3 săptămâni, la temperaturile ridicate din cursul verei — la fiecare opt zile după Sergent — petrolizarea trebue să fie repetată. Petrolizarea e greu apoi să fie absolut complectă. Când suflă vântul, stratul de petrol e împins în toate părţile, aşa încât rămân părţi din apă neacoperite în care ţânţarii pot să'şi depună ouăle. Un desavantaj al petrolizărei e că, atunci când vitele beau din apa petrolizată, laptele dobândeşte mirosul special al petrolului.

Pentru ca o petrolizare să fie complectă, petrolul ar trebui să fie vărsat, nu numai în mlaştine, ci în toate rezervoriile de apă ca şi în citerne. E drept, că rezervoriile acestea ca şi citernele pot fi acoperite cu capace de sârmă, cari impedică ţânţarii să-şi depună ouăle. Petrolizarea, a cărei generalizare e aşa de dificilă, trebue repetată în fiecare an. La începutul primăverei, în climele noastre, imediat după topirea zăpezei, de oarece ouăle cari au ibernat dau repede naştere la larve, petrolizarea va fi aplicată în smârcuri şi mlaştine. Echipe de lucrători anume organizate, trebue să facă prealabil anchete asupra distribuirei rezervoriilor cât de mici de ape cari pot conţine larve.

Numai în felul acesta, cu o organizare complectă, petrolizarea mlaştinelor poate să dea rezultate.

Fără a intra în amănunte, cari sunt expuse în seria de articole pe care am dat-o în Revista ştiinţilor medicale, în 1905, voi reaminti că Fermi şi Tonsini în insula Asinare, Barkley Dick în ţara Ashantilor, Travers la Selangor, Chase la Brooklyn, Chaudoye şi Billet la Touggourt (Algeria) au obţinut foarte bune rezultate în urma petrolizărei. Aplicată cu grijă, ea poate deci să fie un mijloc eficace în lupta contra paludismului. Petrolizarea n'are nevoe să se facă decât în mlaştinele situate în apropierea imediată a satelor şi locuinţelor, de oarece zborul ţânţarilor nu depăşeşte în general

200 — 350 metri şi la distanţe mai mari, ei sunt transportaţi în mod pasiv prin diferite vehicule sau chiar pe objecte uzuale, provenind din regiuni impaludate.

Rezultatul cel mai strălucit e cel obţinut la Havana. Gorgas arată cum generalul Wood, graţie unor măsuri severe, draconiene chiar, mergând până la bastonadă în piaţa publică, în caz de abatere de la regulament, a reuşit să obţină ca 26000 locuinţe să fie de aproape controlate în ceea ce priveşte posibilităţile de desvoltare pentru ţânţari. Febra galbenă a dispărut complect în urma acestor măsuri; paludismul a scăzut cu 80°/₀.

La Ismailia compania canalului de Suez a reuşit să reducă într'un an numărul cazurilor de malarie de la 2000 la 200 şi peste doi ani la 37. E drept că costul acestei campanii contra ţânţarilor a fost într'un singur an de 50.000 fr. Mijloacele de distrugere a larvelor, dacă nu sunt aplicate pe o scară întinsă, nu dau rezultate sigure şi insuccesul de la Mian Mir (India), care a fost atâta exploatat în Englitera, de o parte din presa medicală, e datorit faptului că, deşi campania antimalarică a fost condusă de oameni experimentaţi ca Stephens şi Cristophers, ea s'a făcut însă cu resurse financiare insuficiente.

In afară de petrol, ca substanţe active pentru distrugerea larvelor, s'au intrebuinţat cu succes în timpul din urmă: oleul verde de schist, carburul de calciu în soluţie 1 — 5°/₀, dar care omoară larvele chiar în proporţie de 0.001°/₀, sulfatul de fer 0,05°/₀; mixtura bordeleză întrebuinţată pentru stropirea viţei contra perenosporei, acetatul de cupru în soluţie 0.25°/₀. (Rochaz de Yongh. Atti, 1908)

Un alt procedeu, ale cărui efecte sunt aproape identice cu ale petrolizării, e cel care constă în a lăsa să se dezvolte la suprafaţa bălţilor lintiţa (lemna palustris), care prin foile şi rădăcinele sale jenează, împedică chiar larvele şi nimfele să vină să respire la suprafaţa apei.

Planta aceasta nu se dezvoltă însă pretutindeni şi larvele de culex pot foarte bine să respire chiar în lacurile şi mlaştinele acoperite de lintiţă.

Procedeul recomandat de unii autori, de a introduce în mlaştinele cu anopheli larve sau animale cari le pot distruge, n'are de cât un interes secundar, de oare-ce dacă, în anumite condiţiuni experimentale, în borcane, unde aceste animale sunt introduse împreună cu larvele, prin faptul că nu există nici o altă alimentaţie, larvele sunt distruse, nu e acelaşi lucru în mlaştine, unde alimentaţia acestor animale poate să fie destul de abundentă.

Prin introducerea de notonecţi (notonecta glauca) în tankurile din India, Dempwolff a putut să obţină ca după o săptămână toate larvele de ţânţari să dispară.

In Brazilia experienţe identice au fost făcute cu acelaşi succes în insula Gazelelor. Ca inimici ai larvelor de ţânţari au fost încă semnalaţi: larvele de libelule, de corethra velutinus, de phriganes, de ditiscus, scorpionii de apă (nepa cinerea), ranatra linearis, naucoris cimicoides, corixa striata, tritonii.

O importanţă mai mare poate fi acordată peştilor, în distrugerea larvelor de ţânţari. Terni (La piscicoltura nella lotta contro la malaria. Atti del congresso agrario a Milano 1906) propune să se utilizeze următorii peşti: crapul (cyprinus carpio), linul (tinca vulgaris), caracuda (carassius vulgaris), ţiparul (auguila vulgaris), barbus plepeus, eupometes aureus. Vinciguerra a propus să se introducă cultura unor peşti exotici (America de sud, Australia) ca pseudomugil lignifer, colascias scriba şi alţi ciprinoizi.

William Seal indică doi peşti americani: gambusia afinis şi heterandria formosa, cari caută cu predilecţie larvele pe laturele rîurilor acoperite de erburi. Gibbons a prezintat membrilor grădinei zoologice din Londra o specie de peşti mici, având de abia o lungime de 1 centimetru, prevăzuţi cu colori vii irizate şi provenind din insula Barbados. Peştii aceştia (Girardinus poecilloides) distrug foarte bine larvele. De aceea, după Gibbons, malaria ar fi mai puţin răspândită în Barbados de cât în celelalte insule din micele Antile Peştii aceştia s'au introdus deja la Jamaica şi în Guiana engleză cu rezultate destul de bune.

In Italia, experienţe urmate de succes, au fost făcute de Basano şi Supino cu peşti din genurile Mollienesia, Adinia Gambusia şi Fundulus.

Piscicultura, ca mijloc de combatere a malariei, nu poate în ori-ce caz să aibă de cât un interes restrâns, de oare-ce anophelii nu-şi depun ouăle în bălţile şi eleştaele mari, unde peştii pot să se dezvolte, ci mai mult în smârcuri şi mlaştine, unde ei nu pot să trăiască. Celli, citează lacuri cu piscicultură abundentă, pe marginele cărora malaria e foarte răspândită (lacurile Fogliano şi Paola în Laţiu, Lesina în Capitanata).

Rochaz de Jongh şi Galli-Valerio au căutat să utilizeze doi anuri din Tunisia: discoglossns pictus şi bufo variabilis, cari distrug un mare număr de larve. S'a încercat, pe de altă parte, să se provoace în mod artificial infecţii ale larvelor, şi Galli-Valerio cu ajutorul aspergililor niger şi glaucus, a reuşit să determine la larvele de ţânţari obstrucţii ale tubului digestiv urmate de moarte. Aspergiloza larvelor de ţânţari poate să dea oare-cari rezultate în rezervoriile mici în cari trăesc larvele; aplicarea sa practică pe o scară întinsă se loveşte însă de o mulţime de dificultăţi, aşa încât şi procedeul acesta în lupta contra ţânţarilor, nu poate să aibă de cât un interes foarte limitat.

Când s'a constatat că distrugerea anophelilor adulţi ca şi a ouălor, larvelor. nimfelor de ţânţari întâmpină foarte mari dificultăţi, s'a căutat în localităţile paludice, să se găsească mijloace, ca locuitorii să fie feriţi de înţepătura ţânţarilor. E profilaxia aşa zisă *mecanică* recomandată mai cu deosebire de Celli şi Grassi. Ea se face cu ajutorul musticarelor (poloagelor), împrejurul patului. Ferestrele şi uşele sunt protejate cu pânză metalică. Pentru coşurile de la sobe, pentru toate aperturile cât de mici se iau aceleaşi precauţii.

Pentru uşi cel mai bun mijloc e întrebuinţarea unui fel de verandă (tambour) a cărei păreţi sunt făcuţi din pânză metalică. Uşile sunt cu deschidere automatică. Aperturile reţelei pentru ferestre ca şi pentru uşi nu trebue să depăşească 1 milimetru $^1/_2$—2 milimetrii. Cel mai bun model pentru pânză metalică e cel de fer galvanizat, durabil şi eftin (1 fr. 30 metrul pătrat).

Pentru toţi cei cari sunt obligaţi să iasă în timpul nopţei, e nevoe să se adopte un mod de apărare specială. Pentru mâini se întrebuinţează mănuşi de bumbac destul de groase şi pentru protecţia picioarelor pantalonii sunt strânşi peste ghiată la partea lor inferioară. Capul şi faţa sunt protejate printr'un văl care acoperă şi ceafa şi care e suspendat în jurul cascei coloniale aşa de întrebuinţată în tropice.

Sistemul acesta de apărare mecanică a fost întrebuinţat în diferite localităţi, mai cu deosebire pe liniile de drum de fer italiene şi rezultatele obţinute în cazul când el poate fi aplicat în mod absolut riguros au fost cât se poate de satisfăcătoare.

Nu voi intra în amănunte asupra acestor rezultate de oare-ce ele au fost expuse în articolele asupra profilaxiei paludismului deja citate (Revista ştiinţelor medicale, 1905) şi mă voi mulţumi să arăt experienţele făcute în ultimii ani.

Dealungul căilor ferate italiene apărarea mecanică s'a introdus întăia dată la 1899. De la 24 persoane protejate în 1899 s'a ajuns la 12378 în 1904. Numărul celor bolnăviţi dintre cei protejaţi a fost de 2°/₀ pe când la martori el a variat între 12 şi 90°/₀. Când se asociază protecţia mecanică cu profilaxia chininică rezultatele sunt încă şi mai complecte. Ast-fel, „pentru căile ferate ale reţelei Adriaticei de la un procent anual de 70°/₀ de malarici, în intervalul cuprins între anii 1888—1901, până ce nu s'au aplicat aceste măsuri s'a ajuns la 10°/₀ în 1907, în urma introducerei lor. Pentru drumurile de fer sarde, rezultatele sunt încă şi mai strălucite. De la 40°/₀ de malarici în 1897 s'a ajuns la 7°/₀ în 1907; la garzii de finanţe de la 65°/₀ în 1901—1902 la 4.50°/₀ în 1907. La Pontepossero şi Uniti, localităţi rurale foarte bântuite, de la 60—80°/₀ înainte de 1902, la 2°/₀ în 1907.

Protecţia mecanică aplicată cu grije e incontestabil un excelent mijloc de apărare contra paludismului. Dificultăţile aplicărei sale sunt însă foarte mari.

Ţânţarii sunt insecte crepusculare şi înţeapă înainte că locuitorii dintr'o regiune paludică să intre seara în locuinţele lor. E ştiut apoi că vara în satele noastre, ţăranii dorm afară pe prispe şi dacă într'unele localităţi de pe malurile Dunărei, cum am putut constata în satele din Covurlui, (Şiviţa, Foltești etc.), la pescarii de pe braţele Dunărei, sunt întrebuinţate poloage, construcţia lor e prea defectoasă ca să pună la adăpost în mod sigur în contra înţepăturei ţânţarilor. Casele de la ţară sunt pe de altă parte foarte rău construite, aşa în cât e greu să fie adaptate pentru protecţia mecanică. Prin cea mai mică deschizătură, presupunând chiar că s'ar reuşi să se protejeze uşile şi ferestrele, ţânţarii pot să intre. Ca măsură izolată, acolo unde ea poate fi aplicată cu multă grijă, protecţia mecanică rămâne un bun mijloc de apărare contra paludismului. Nimeni nu se va gândi însă să facă din ea o măsură generală, fiind date greutăţile de aplicare practică. In spitale situate în regiuni impaludate întrebuinţarea pânzelor metalice la uşi şi ferestre e foarte, indicată şi ceea ce s'a făcut cu destul succes în spitalul las Animas în Havana, în unele spitale din Brazilia, la Grosseto în Italia, s'ar putea introduce şi la noi pentru construcţiile făcute în scop sanitar pe marginea bălţilor.

Aplicaţia la suprafaţa pelei de substanţe cari să îndepărteze ţânţarii nu poate avea de cât un rol absolut secundar, ca măsură contra malariei. Substanţele acestea, ori care ar fi ele, se evaporează foarte repede aşa în cât eficacitatea lor e de foarte scurtă durată.

Am enumerat în seria de articole citate substanţele cari au fost întrebuinţate cu oare-care succes.

Galli Valerio şi Rochaz de Jongh au recomandat în timpul din urmă vaselina camforată 10°/₀ care aplicată la suprafaţa pielei, îndepărtează pentru cât-va timp tânţarii. Substanţele acestea culicifuge n'au însă toate de cât o importanţă secundară şi pot fi cel mult recomandate călătorilor cari traversează o regiune paludică.

(Va urma)

Dr. BOCESCU

Spitalul din Târgul Ştefăneşti

(JUD. BOTOŞANI)

ISTORICUL

Spitalul s'a înfiinţat în Iunie 1886 funcţionând la început cu 10 paturi, iar după 3 ani cu 30 paturi, statul acordându-i o subvenţie de 12 mii lei anual până la 1896 când statul suprimă subvenţia, rămânând exclusiv în sarcina judeţului, cu un buget anual de 51—23 mii lei.

La 1892, data intrărei mele în serviciu, spitalul funcţiona într'o clădire care fusese locuinţa unui arendaş, cu 6 odăi mici, joase, fereste mici. La 1895, în urma unor intervenţii energice, s'a construit un pavilion nou, cu oare-care defecte de construcţie, de oare-ce, după vechea tradiţie, numai medicul n'a fost consultat la alcătuirea planului de construcţie. Personalul inferior era neapt, vicios, brutal cu bolnavii. Pentru medicamente şi pansamente figura în buget 25 bani de pat. Materialul de pansamente era confecţionat din vechile lenjuri scoase din serviciu şi să păstra în cutii de lemn descoperite şi puse sub paturile bolnavilor. Instrumentarul Spitalului constă din câteva scalpele, 2 cuţite de amputaţii vechi, câteva pompe pentru clisme şi specule vaginale de cauciuc. Toată chirurgia era restrânsă la tratamentul de ulcere, cazurile chirurgicale adresându-să obicinuit spitalelor din oraşele vecine. Toate cazurile chirurgicale treceau fatalmente prin faza erisipelului, a limfangitei şi a tuturor complicaţiilor infecţioase din timpurile anterioare anti-şi asepsiei.

Imbunătăţirele unui asemenea serviciu nu s'au putut face de cât treptat, cu multe sacrificii şi abnegaţie, având de luptat contra ostilităţilor administraţiei care, prin şeful ei, după ce epuizase toate mizeriile refuzându-ml şi salarul pe 6 luni, stabilise ca să i se ceară de către medic prealabila autorizare a efectuărei ori cărei operaţii chirurgicale. Mizeriile administraţiei au fost continuate şi amplificate de ale Medicului de Judeţ care, cu rele intenţiuni, prin calomnii au căutat a denatura bunele intenţiuni cu care, pe calea unor economii justificate prin acte conştiincioase, isbutisem a realiza multe îmbunătăţiri, pe care bugetul de 21 mii lei nu le permitea, atât în serviciul medico-chirurgical, înzestrând instrumentarul spitalului din economii şi din produsul net de peste 1600 lei al unui bal, cât şi în gospodăria spitalului. Actualmente spitalul se găseşte în condiţiuni mult mai satisfăcătoare, sub toate raporturile, cea-ce justifică mersul progresiv al serviciului care se va specifica mai jos şi sub auspiciile actualei administraţii a Direcţiei Sanitare, cu aptitudine şi competenţă incomparabil superioare, progresele vor fi şi mai mari. Spitalul are lipsă: de camere de rezerve, de apă şi de băi de vapori, pe lângă alte mici îmbunătăţiri.

Mişcarea Bolnavilor

Anul **1892** = 969 bol. în spital; 1517. Consultaţii = 576 vind., 307 amel., 13 nevind., morţi 46 = 11.780 zile = op., chirurgicale.

Anul **1893** = 823 bol. în sp.; 1865. Cons.; 552 v., 195 am., 10 nev., morţi 36 = 13.948 zile = 163 operaţii chirurgicale.

Anul **1894** = 844 bol. în sp.; 2200. Cons. 518 v., 247 am., 26 n., morţi 30 = 10.553 zile = 125 operaţii chirurgicale.

Anul **1895** = 832 b. sp.; 2160. Cons. 494 v., 295 am., 17 n., morţi 24 = 10.607 zile = 145 operaţii chirurgicale.

Anul **1896** = 782 b. sp.; 2579. Cons. 473 v., 237 am., 14 n., morţi 30 = 10.288 zile = 221 operaţii chirurgicale.

Anul **1897** = 930 b. sp.; 3118. Cons. 546 v., 309 am., 13 n., morţi 34, 11.581 zile; 266 operaţii chirurgicale.

Anul **1898** = 903 b. spit.; 5288. Cons. 534 v., 297 am., 12 n., morţi 32, 11.161 zile; 212 oper. chir.

Anul **1899** = 863 b. sp.; 5953. Cons. 461 v., 321 am., 15 n., 25 morţi, 10.671 zile; 258 oper. chir.

Anul **1900** = 898 b. sp.; 7700. Cons. 461 v., 377 am., 6 n., morţi 30 = 11.672, 230 oper. chir.

Anul **1901** = 1026 b. sp.; 8517. Cons. 634 v., 331 am., 4 n., 34 morţi, 11.460 zile, 263 oper. chir.

Anul **1902** = 957 b. sp., 7375. Cons. 672 v., 217 am., 12 n., morţi 26 = 10.284 zile, 271 oper. chir.

Anul **1903** = 904 b. sp.; 7822. Cons. 611 v., 213 am., 15 n., morţi 43 = 10.284 zile = 336 operaţii chirurgicale.

Anul **1904** = 982 b. sp.; 8266. Cons. 642 v., 268 am., 9 n., morţi 35 = 11.036 zile = 338 oper. chir.

Anul **1905** = 956 b. sp.; 8761. Cons. 582 v., 294 am., 11 n., morţi 34 = 10.564 zile, 266 oper. chir.

Anul **1906** = 1145 b. sp., 9035. Cons. 782 v., 280 am., 7 n., morţi 48 = 11.222 zile = 323 oper. chir.

Anul **1907** = 1025 b. sp.; 7100. Cons. 729 v., 230 am., 4 n., morţi 52 = 10.665 zile = 323 oper. chir.

Anul **1908** = 900 b. sp.; 5400. Cons. 549 v., 296 am., 19 n., morţi 36 = 10.175 zile = 305 oper. chir.

Anul **1886** = 303 b. sp. 420 b. cons. 3786 zile
„ **1887** = 546 „ „ 420 „ „ 6500 „
„ **1888** = 528 „ „ 625 „ „ 6772 „
„ **1889** = 554 „ „ 689 „ „ 7002 „
„ **1890** = 632 „ „ 785 „ „ 7500 „
„ **1891** = 777 „ „ 853 „ „ 8500 „

In intervalul de la 1892—1900 s'au efectuat următoarele operaţiuni chirurgicale, excluzând zilnicele extrageri de dinţi cariaţi şi micele intervenţiuni:

867 deschideri de abcese.

200 deschideri de flegmoane.

570 suturi de plăgi.

323. Rezecţii şi dezarticulaţii, dintre care: 6 costale, 2 a cotului femoval, 1 a maxilarului inferior, 2 a maxilarului superior, 2 a maxilarului superior, 6 a cotului, 2 a calcaneului, 1 a aslragalului, 9 a genunchiului şi 2 mediotartiene, restul de falange.

21. Extirpări de lipom.

100. Extirpări de Kiste: 1 dermoid, 2 colloid, restul sebacee.

45. Extirpări de epiteliom.

27. Tracheotomii.
194. Paracenteze.
26. Reduceri de luxaţii.
76. Extirpări de ganglioni tuberculoşi.
16. Trepanaţii.
807. Raclaje de uter.
4. Lisfranc.
96. Circumcizii.
25. Extirpări de papilom.
70. Extirpări de cancer.
11. Raclaje osoase.
32. Artrotomii.
63. Extrageri de cataractă.
17. Extrageri de eschile şi secvestre.
18. Amputaţii.
+3. Chopart.
4. Extirpări de gome.
4. „ „ sarcom.
39. „ „ polipi.
8. Uretrotomii interne.
13. Enucleeri de glob ocular.
21. Cantoplastii.
84. Extrageri de corp strein.
42. Aplicări de bandaje gipsate.
8. Versiuni interne podalice,
1. Operaţie de trichiază (Snellen).
7. Operaţii de onixis.
10. Extirpări de vegetaţii.
1. Talie perineală.
5. Operaţii de dacriocistită..
5. Extirpări de degete supranumerare.
7. Cure radicale de emoroizi.
5. Iridectomii.
43. Operaţii de fistule.
1. Extirpare de astragal.
11. Laparatomii.
3. Extirpări de calcule uretrale.
2. Operaţii Schroeder.
1. Cură radicală de varicocel.

1. Rezecţie a scrotului.
2. Operaţii de fistule vezico-vaginale.
1. Operaţie de ectropion bilateral, cicatricial.
1. Extirpare de lupus.
2. Osteotomii suscondiliene.
1. Operaţie de prolaps rectal.
2. Extirpări de claviculă.
7. Divulziuni.
1. Extirpare de stafilom.
1. Operaţie de spina bifidă.
5. Extirpări de angioame.
1. Cură radicală de anevrism.
2. Extirpări de meningocel.
2. Operaţii de keloid.
1. Extirpare de kist ovarien.
1. Ocluzie a Vulvei.
5. Extirpări de pterigheon.
10. Amigdalectomii.
31. Cure radicale de ernie.
12. Autoplastii.
7. Reduceri de gibozitate Pottică (Callot).
3. Talie ipogastrică.
10. Castratii.
2. Uretrotomii externe.
11. Extirpări de fibrom.
3. „ „ enchondrom.
1, „ „ mixom.
2. „ „ nevrom.
6. Cure radicale de idrocel.
9. Aplicaţii de forceps.
1. Operaţie de extrofie vezicală.
5. Enterectomii.
5. Pleurotomii.
12. Eslander.
4. Cure radicale de varice.
3. Extirpări de limfadenom.
2. Operaţii Phelps.
16. Extrageri manuale de placentă.
1. Tiroidectomie (guşă colloidă).

3. Operaţii de buză de epure.
1. Embriotomie.

Anestezicele întrebuinţate au fost: Cocaina şi chlorura de Metyl, local şi chloroformul general. Sterilizarea materialului de pansament s'a făcut cu ajutorul unui aparat simplu, eftin, constând din 2 cilindre de tablă: unul concentric pentru materialul de sterilizat, altul excentric. Spaţiul dintre ambele cilindre se umple până la $^1/_3$ parte din înălţimea cilindrului cu apă. Aparatul cu capac, pus pe plita spitalului după 2—3 ore de fierbere sterilizează perfect materialul. Pentru instrumente serveşte etuva portativă de Adult, prin căldură uscată. Aţa şi Catyctul se sterilizează: aţa prin fierbere în sublimat, catyctul prin soluţie iodată.

Dintre operaţiile chirurgicale voiu nota numai pe cele ce prezintă un interes mai deosebit şi anume:

La un copil de 4 ani, s'a scos cu panerul Graeffe o piesă de 5 b. de aramă, din terţul mediu al esofagului, piesa fiind înghiţită cu 4 zile înainte.

In cazul unei fracturi cominutive şi comunicante a terţului inferior al gambei drepte, s'a lărgit plaga, extrăgând o eschilă din tibia de 4 c. m. lungime, legându-se tibiala posterioară, vindecarea obţinându-se fără vre un incident.

Intr'un caz de cooferită, cu strictura porţiunei membranoase a uretrei, s'a făcut dilataţia cu aparatul Le Fort. S'a incizat perineul, supuraţia continuând până ce am deschis peretele uretral, introducând o sondă Nelaton în vezică, în urma căreia vindecarea s'a obţinut în grabă.

In cazul unui bărbat, care cu 4 zile înainte de prezentare la spital introdusese pe canalul uretral o tijă a unei plante de câmp, producând uretrită, cistită purulentă, cu ruptura păretelui inferior al uretrei în porţiunea membranoasă, caz publicat în revista Spitalul (p. 438/1899) şi în Revista de Chirurgie (p. 504/1898), s'a intervenit, făcând talia perineală, extrăgând cu pensa corpul strein, care constă din tija unei plante erbacee, având 5 mm. diametru, cu o rădăcină fuziformă, cu prelungituri filiforme, având extremitatea şi o parte mai groasă a rădăcinei încrustate de calcule. Lungimea întreagă a corpului străin era de 36 cm. Păretele uretral fiind strivit, după mai multe pansamente, s'a făcut uretrorafia şi perineorafia, după mai multe peripeţii, vindecarea s'a obţinut.

In cazul unui bărbat care, sărind din trăsură în goana cailor, a făcut un pas falş, căzând pe bordul extern al piciorului tsâng, producându'şi o luxaţie subastragalienă, varietatea anterioară, sub anestezia cu eter s'a încercat fără succes reducerea astragalului, in urma căria s'a extirpat astragalul, vindecarea obţinându-se fără nici o deviere a piciorului.

S'a făcut la 1 extirparea degetului mare al mânei drepte, având lipsa congenitală a metacarpului corespunzător. Degetul atrofiat, făcea corp cu tegumentul indicatorului, pe partea radială a articulaţiei metacarpo-falangienă. Aderenţa era formată de un mic pedicul, de grosimea unui creion, Disecând degetul extirpat, s'a găsit scheletul format din un singur os, de grosimea unui creion, având 2 nodozităţi corespunzătoare falangelor. Părţile mai erau reduse la tegument, cu ţesut grăsos foarte desvoltat.

La un copil scrofulos, cu cifoză dorsală, de 4 ani, care prezenta 2 degete mari supranumerare, câte unul la fie-care mână (sexdactilie) degetele supranumerare fiind de volum mai mic, flectale în unghiu ascuţit deschis spre degetele mari corespunzătoare, unghiurile fiind formate din înclinarea ambelor falange ; primele falange ale degetelor supranumerare nu prezentau articulaţie proprie metacarpo-falangienă, extremitatea falangienă a primului metacarp bifurcându-se pentru a se articula cu degetul corespunzător şi cu degetul supranumerar, s'a intervenit extirpând degetele şi rezecând porţiunea corespunzătoare din bifurcarea metacarpului.

In cazul unei congelaţii de gradul III-lea cu distrugerea pielei penişului şi a perineului, până cu 2 degete d'asupra orificiului anal, la un bătrân alcoolic, s'a făcut castraţia complectă şi autoplastia prin lunecarea lambaerilor confecţionate de pe faţa antero-internă a ambelor coapse, cu succes complect.

In cazul unei cocsite s'a făcut rezecţia extremităţei superioare a femurului şi apoi dezarticulaţia coxofemorală găsind la baza cotului o lipsă de substanţă pe intindere de 1 cm. lungime şi un centimetru profunzime. Osul atins de osteită rarifiantă, traecte fistuloase pe faţa externa şi posterioară a coapsei şi pe osul iliac corespunzător. Vindecarea s'a obţinut prin anchitoza articulaţiei.

In cazul rupturei porţiunei iliace a intestinului subţire, cu anus contranaturei scrotal, publicat în Revista de Chirurgie (p. 537/1898) şi în Spitalul (p. 434/1899) privitor unui băet de 16 ani, care cu o săptămână înaintea prezentărei la spital, ar fi fost smuncit de nişte boi la plug, fără alte detalii anamnestice, s'a intervenit de urgenţă, pacientul fiind emaciat, sub anestezia chloroformului, încizând d'alungul canalului inguinal drept până în dreptul anusului scrotal.

De la orificiul inguinal extern s'a găsit un traect format din cordon şi vaginală, cu păreţii mortificaţi şi care servea de canal de scurgere a maselor fecale, prin plaga scrotală. Pe acest traect, în dreptul orificiului inguinal extern s'a găsit un grăunte de popuşoiu. Elementele cordonului şi albuginea testiculului sfacelate, în senzul traectului de scurgere a maselor fecale. Porţiunea iliacă a intestinului subţire era ruptă în toată circumferenţa, până în dreptul inserţiei mesenterului care era neatins. Ambele extremităţi ale intestinului rupt erau îndepărtate pe o întindere cam de 10 cm. Spre simfisa pubienă s'a găsit capătul inferior al intestinului aderent de părţile învecinate, de unde cu greu s'a deslipit. Marginile orificiului capătului superior prezentând părţi sfacelate, s'au rezecat pe o mică întindere. Pe seroasa capătului superior, la vreo 4 cm. de la orificiu s'a găsit o placă infiltrată pe întinderea unei piese de 2 lei. La vreo 2 cm. de la această placă, s'a găsit un nodul de mărimea unui bob de cafe, cu conţinut cazeos.

S'a făcut avivarea margenilor orificiilor ambelor capete şi apoi enterorafia circulară, castraţia pe dreapta şi reconstituirea păretelui abdominal, lăsând în unghiul inferior al plăgei un fitil de gaz iodoformat. Fără vre-un incident, pacientul, după o convalescenţă uşoară, este vindecat şi mult îngrăşat.

Este greu de explicat mecanismul rupturei intestinale la acest pacient. Datele anaumestice, cum să întâmplă de obiceiu la oamenii de la ţară, sânt confuze. Să ştie că cauzele determinante ale contuziilor şi rupturelor organelor abdominale şi în special ale tubului digestiv, sânt violenţele exterioare asupra păretelui abdominal, în senz paralel, perpendicular sau oblic, leziunele viscerilor fiind cu atât mai grave, cu cât violenţa exterioară a fost în senz perpendicular. După statistica lui Thomas Morton bazată pe 234 cazuri şi a lui Coull Mackenzie bazată pe 111 cazuri, tubul digestiv dă cifra de 31 cazuri de contuzii şi rupturi.

Pe lângă cauzele determinante, lucrează prin perenţie sau presiune, însuşi faptul mişcărei corpului cu o viteză mai mult sau mai puţin mare, poate servi ca agent activ al contuziei. S'a admis că ruptura tubului digestiv s'ar datori chiar şi contracţiilor violente ale muşchilor abdominali, lucru ce după Duplay, nu poate fi admis, decât cu condiţia alterărei de nutriţie a intestinelor.

Intre cauzele predispozante, pe lângă vârstă, contuziile şi rupturile tubului digestiv fiind mai frecvente la tineri şi la bărbaţi mai mult decât la femei, intervine şi poziţiunea intestinelor, intestinul subţire fiind mai vulnerabil, de oare-ce ocupă părţile cele mai abordabile în abdomen, pe când cel gros se găseşte adăpostit de flancuri şi ipochondre.

Pe contul predispoziţiei s'a pus şi faptul destinderei tubului digestiv prin alimente, gazuri, prin materii solide sau lichide. Dacă acest fapt e admisibil pentru stomach şi intestinul gros, pentru intestinul subţire lucrul nu e tranşat.

După Louynet, distenziunea gazoasă este defavorabilă rupturei, din cauza elasticităţii gazurilor, pe când distenziunea prin lichide favorizează ruptura. Muynier admite teoria lui Louynet, pe când Chavasse îi găseşte multe puncte obscure. Tot aşa şi cu relaxarea sau contracţiunea muşchilor, păretelui abdominal, considerată de cauză predispozantă. Se susţine că relaxarea păretelui face ca intestinul să sufere forţa vulnerantă cu mai multă intensitate decât când muşchii sunt contractaţi, formând în acest din urmă caz ca o barieră care ar atenua violenţa forţei vulnerante. După Chauveau din contră, contracţiunea muşchilor ar favoriza ruptura, prin faptul că ar diminua capacitatea abdomenală, comprimând şi imobilizând masa intestinală.

Un rol incontenstabil în cauzele predispozante îl au stările patologice ca: aderentele care impiedică intestinul de a evita şocul sau presiunea; alteraţiile păretelui în urma unei ulceraţii cronice; slăbirea prin faptul destinderei, în cazul unei obstrucţii, existenţa unei ernii vechi reductibile producând o tulburare de nutriţie a tunicelor intestinului, sau a unei ernii nereductibile, când ansa ernială n'ar putea evita şocurile şi presiunile.

Cu toată probabilitatea, în cazul pacientului nostru, pe lângă vreuna din cauzele determinate precum: senzul acţiunei vulnerante, ajutată şi de distenziunea intestinului, a intervenit şi una din cauzele predispozante, fie o ernie, fie o enterită, ţinându-se cont de plăcile infiltrate găsit pe porţiunea superioară a intestinului rupt.

In cazul unei coxite drepte, cu traecte fistuloase multiple, însoţită de tulburări cerebrale: coprofagie, pacientul latră ca câinii, după rezecţia parţială a femurului şi tratamentul medical, s'a obţinut vindecarea complectă.

In ambele cazuri de Kist idatic al ficatului, s'a făcut laparatomia extragându-se câte 1500 c. c. lichid purulent într'un caz, transparent în al doilea caz, şi membrana proligeră. S'a obţinut vindecarea prin prima intenţie într'un caz şi prin a doua intenţie în al doilea caz, unde s'a făcut marsupializarea, o porţiune a membranei având aderenţe cu organele importante din vecinătate.

In unul din cazurile de pleurită purulentă la care s'a făcut Eslander, eliminându-se 4000 c. c, puroi, după 2 săptămâni s'a eliminat o porţiune din lobul inferior al plămânului de mărimea unei mandarine, în urma căreia vindecarea s'a obţinut în scurt timp.

Intr'un caz de guşă colloidă de mărimea unei portocale, pe linia mediană a gâtului, fără antecedente ereditare, fără a fi existat vre un alt caz în localitatea pacientei, s'a făcut cu succes tiroidectomia. Nici condiţiunile tehnice, climaterice sau sociale nu pot explica provenienţa acestui caz sporadic.

Intr'un caz de plagă penetrantă prin tăere în regiunea inguinală stângă, cu erniarea epiploonului pe întindere de 5 c. m. lungime şi 2 c. m. lărgime şi secţiunea în sens longitudinal a unei anse pe întindere de 2 c. m. cazul adus la 2 după miezul nopţei, graţie aparatului Syrius, înfiinţat ca multe altele din economie, s'a putut interveni urgent în condiţii de asepsie necesară, lărgind plaga, făcând rezecţia epiploonului, enterorafia şi reconstituirea păretelui abdominal, cu vindecare fără incident.

Este interesant cazul unei femei împunsă cu cornul de un buhaiu, făcându-i o mare plagă unghiulară interesând toată grosimea păretelui abdominal începând din flancul stâng până la ombilic transversal, iar de aici vertical până cu 3 degete sub apofisa xifoidă, cu ieşirea afară din cavitatea abdominală a unei părţi însemnate din masa intestinală. Accidentul s'a petrecut în luna Iulie pe la 8 ore seara, iar pacienta a stat cu masa intestinală eventrată acoperită de hainele ei murdare, având grijă de a nu-i răci intestinele, până la 12 noaptea, când medicul circumscripţiei a ajuns la pacientă, după 17 kilometri distanţă de Ştefăneşti, făcându-i un pansament provizoriu, iar în urmă în pasul cailor, ajunse în dimineaţa următoare la spital, unde după prealabila înţelegere cu medicul circumscripţiei totul fiind pregătit, s'a intervenit sub anestezia chloroformului, găsind o mare parte a intestinului subţire şi porţiunea transversă a colonului cu mezenterul în afară de cavitatea abdominală, ansele intestinale în contact cu părul din regiunea pubienă şi cu resturi de pae. Toaleta riguroasă a cavităţei abdominale cu ser fiziologic s'a făcut, aplicând 4 puncte Lembert pe o anză perforată până în dreptul mucoasei. S'au avivat margenile plagei, şi reconstituit păretele abdominal, vindecarea obţinându-se prin prima intenţie, fără vre-o reacţiune în 3 săptămâni.

Acest caz pune în evidenţă importanţa armonizărei serviciilor medicale de spital şi circumscripţie, precum şi gradul de toleranţă a peritoneului, atât de temut odineoară şi capabil şi acuma une-ori de surprize neplăcute. Căci, după cum afirmă Bumm (Anal. de ginecol. Ianuar 1891, p. 5), s'ar părea dovedit că chiar după operaţiile cele mai aseptice, peritonita s'ar putea produce din cauza unor perturbaţii în funcţiunele peritoneului, determinate de lunga durată a operaţiei, de atingerile dese cu bureţi sterilizaţi, dar mai ales din întrebuinţarea de antiseptice prea energice şi care ar altera structura seroasă, producând o descoamaţie epitelială, ceea-ce ar modifica proprietăţile de absorbtie, permiţând ast-fel migraţiunea afară din intestin a nenumăraţilor germeni ce conţine intestinul, infecţia cavităţei peritoniale fiind consecvenţa acestui mod de exosmoză microbiенă.

In cazul unui ectropion bilateral cicatricial de gradul al III-lea, s'a făcut cu succes corecţiunea, pe dreapta după procedeul Alphons Guerin, iar pe stânga după Dieffenbach.

Intr'un caz de plagă contuză cu fractura eschiloasă a parietalelor şi frontalului la 1 bărbat adus în stare de inconştienţă şi complectă afazie s'a făcut trepanaţia extragând $^2/_3$ din parietalul drept, $^1/_3$ din frontal, porţiunea laterală stângă şi $^1/_3$ din parietalul stâng. Pe linia mediană a regiunei frontoparietale, dura-mater era perforată permiţând întroducerea degetului mare. Sinusul frontal distrus şi o eschilă cât o piesă de 50 b.

S'a extras cu degetul depe faţa inferioară a lobului frontal stâng al creerului. Pacientul recapătă conştiinţa şi treptat vorba cu oarecare dificultate şi cu toate progresele spre vindecare chirurgical; după o lună sucombă în urma gangrenei pulmonare de care suferea anterior.

In mare parte a cazurilor, enterectomiele au fost fatale, din cauza peritonitei generalizate anterioare intervenţiei.

De asemenea rezultatul n'a fost favorabil în 2 cazuri de talie ipogastrică: unul la un bătrân pelagros de 90 ani, de la care s'au extras 10 calcule rotunde având de la mărimeă unui bob mic de fasole, până la mărimea unei nuci, formate din fosfat amoniacomagnesien, pacientul, fără vre-o reacțiune sucombând în a 5-a zi de pneumonie ipostatică.

In al doilea caz s'a extras cu multă dificultate un calcul oxalatic, muriform și din ziua operației fiind nevoit a absenta 2 săptămâni aproape, concentrat pentru manevre, am găsit pacientul emaciat, trecut prin supurație datorită infiltrărei de urină și după $1^1/_2$ luni, cu tot progresul local spre vindecare, face o pneumonie ipostatică fatală.

S'a făcut cu succes osteotomia suscondilienă procedeul Mac-Ewen în caz de genunchiu valg, cu 20 c. m. îndepărtarea dintre maleole.

Rezultatul a fost favorabil în cazurile extirpărei de fibrom uterin și a isterectomielor pe calea vaginală.

S'a extirpat cu succes un anevrism difuz al femoralei stângi, de mărimea unui cap de copil, din terțul mediu al coapsei.

Rezultatul n'a fost favorabil în cazul unui sarcom difuz al rărunchiului stâng, tumoarea cântărind 2250 grame. După 6 zile pacientul sucombă de inaniție, găsindu-se la autopsie difuziunea neoplasmului spre mușchiul psoasiliac corespunzător, spre coloana vertebrală, iar în sus până în dreptul pancreasului și splinei. Microscopic s'a găsit că sarconul era fasciculat.

De asemenea a fost nefavorabil rezultatul estirpărei unui meningocel de mărimea unui cap de adult, la un copil de 5 zile, conținutul tumorei comunicând prin fontanela occipitală largă așa că permitea introducerea degetului mare, cu cavitatea craniană.

In 2 cazuri de varice a membrelor inferioare s'au extirpat cu succes ambele safene, începând de la baza membrelor, până la maleole.

Intr'un caz de cancer al vulvei, s'a estirpat cu succes vulva complect cu $1^1/_2$ c. m. din lungimea părților canalului vaginal și pachetul ganglionar din regiunea inguinală dreaptă.

In toate cazurile obstetricale, intervențiile au fost favorabile.

Dintre cele 31 cazuri de ernii, rezultatul a fost favorabil în 28 cazuri și fatal în 3 cazuri și anume: la un octogeneral alcoolic cu ernie inguinoserotală dublă, cea stângă având mărimea unui cap de făt, cea din dreapta a unei chitre. Sacul considerabil mărit, făcea corp intim cu verica urinară, care a fost pișcată la operație, aplicându-se imediat 2 puncte de sutură în straturi, pacientul, fără vre-o reacțiune sucombând după 7 zile în colaps cardiac, negăsind la autopsie decât caracterele alcoolismului. La un caz de ernie veche, complicată cu ulceraţia ansei intestinale erniate şi cu abces stercoral, cu fenomene peritoneale.

La un caz de ernie strangulată, seroasa porţiunei strangulate fiind ulcerată superficial în toată circomferinţa. La câte-va zile după cura radicală, pacientul, un alcoolic agitat, luând adesea poziţia genupestorală din cauza enteralgiei, a provocat aderenţa porţiunei ulcerate a ansei şi o nouă incarceraţie, pentru care după 6 zile, în urma intervenţiei a doua, pacientul sucombă de epuizare. In 20 cazuri, sacul era aderent pe faţa esternă de părţile învecinate şi de elementele cordonului, determinând castraţia parţială în 4 cazuri unde testiculul era compromis. Intr'un caz sacul conţinea 2 lipomi: unul cât un ou de puică şi altul cât o nucuşoară. In 9 cazuri ernia era incarcerată.

Intr'un caz de ernie de mărimea a 2 pumni, cu aderenţa sacului pe faţă şi pe cea internă de intestine, făcând un bloc cu epiploonul inflamat, cu congestia anselor, lichid opalescent în sac, s'a făcut şi rezecţia epiploonului mortificat. Intr'un caz însoţit de Colaps Cardiac, ansa strangulată era foarte congestionată şi lichid sanguinolent s'a găsit în faza etiacă. Intr'un caz, o porţiune din vezica urinară ocupă tumoarea erniară, care avea mărimea unui cap de făt.

La un pacient care, cu câte-va luni înainte, fusese operat la Spitalul Colţea de un kist idatic abdominal prin o incizie subombilicalală, s'a făcut pleurotomia de ambele părţi în al 9-lea spaţiu intercostal, în prelungirea unghiului inferior al omoplatului, extragând de ambele părţi membrana germinativă a kistelor idatice, având volumul a 2 pumni şi foarte numeroase vezicule, de la mărimea unui bob de mazere, până la acea a unui ou de puică şi câte $1^1/_2$ litruri lichid transparent. Pacientul prealabil avea vomice eliminând vezicule idatice. A rămas mult timp cu eliminare de lichid bilios, atât pe cale bucală cât şi pe traectul fistulos al plăgei subombilicale.

Rezultatul a fost nefavorabil într'un caz de sarcom chistic al uterului şi ligamentului larg. Tumoarea prezenta aderenţe multiple cu epiploonul în regiunea epigastrică şi pe faţa posterioară, iar de ambele părţi laterale prezenta aderenţe cu ligamentele largi, incorporând ovarul şi trompa dreaptă, iar pe stânga, porţiunea terminală a colonului, care s'a deschis în timpul operaţiei şi suturat. S'a făcut castraţia complectă. S'a peritonizat pedicului şi complectat toaleta, făcând spălături cu ser fiziologic. Tumoarea periformă, neregulată, cu mica extremitate în sus având 40 c. m. circumferinţă, iar marea extremitate în jos, 47 c. m. Diametrul antero-posterior avea 15 c. m. Tumoarea, de consistență moale, cu indurații în unele părți cu conținut lăptos, prezenta la microscop caracterele de sarcom degenerat chistic. Fără vre-o reacțiune, pacienta emaciată sucombă a doua-zi în Colaps cardiac.

Rezultatul a fost favorabil în 2 cazuri de Kist ovarien și anume: la o fată la care tumoarea a fost considerată la început drept o sarcină între a 3-a și a 4-a lună. După un interval de aproape 2 ani de la primul examen, s'a găsit la operație un Kist ovarien pe stânga care ocupa aproape toată cavitatea abdominală, ajungând aproape de apofisa xifoidă, cu aderențe epiploice spre polul superior. S'a făcut castrația, găsindu-se și al doilea ovar degenerat. Kistul cântărea 9 kilo, conținând 8 kilo de lichid, în mare parte sirupos, Kistul multilocalur, conținând numeroase Kiste, de la mărimea unei nuci, până la mărimea a 2 pumni, cu conținutul sirupos, având la unele aspectul albușului de ou, la altele coloarea brună, cu degenerescența sarcomatoasă.

Vindecarea s'a obținut fără vre un incident. S'a făcut asemenea cu succes castrația complectă la o anemică de 70 ani, având un Kist ovarien pe dreapta, cu degenerescența sarcomatoasă. Tumoarea prezenta aderențe epiploice spre polul superior. Cam 2 litruri lichid citrin umplea cavitatea abdominală. Tumoarea prezenta aderențe epiploice spre polul superior. Cam 2 litruri lichid citrin umplea cavitatea abdominală. Tumoarea piriforma, cu marea extremitate spre epigastru, prezenta: 81 c. m. diametrul longitudinal, 63 c. m. circ. la extremitatea superioară, 71 c. m. la mijloc și 30 c. m la extremitatea inferioară. Circumferința în sens vertical 91 c. m. Diametrul anteroposterior 15$^1/_2$ c. m. Diametrul transversal 26$^1/_2$ c. m. Tumoarea cântărea 7 kilograme, Kistul multilocular, unele loje conținea un lichid citrin, altele sanguinolent. Porțiunea centrală chistică prezenta degenerescența sarcomotoasă. Nici un incident post-operator.

FAPTE CLINICE

Dr. G. STĂNCULEANU

Irido-sclerectomia

(operația lui Lagrange)

Se admite în glaucom că lichidele intra-oculare nu pot să filtreze afară din ochi, unghiul de filtrațiune irido-cornean fiind astupat de baza irisului. Pentru a înlesni această filtrațiune se face operația iridectomiei. Ori s'a văzut că această operație este foarte eficace când e hipertensiune intraoculară cum e în glaucomul inflamator, iar în glaucomul cronic simplu unde tensiunea e puțin ridicată nu se obține în majoritatea cazurilor rezultate satisfăcătoare.

In acest fel de glaucom se practică sclerotomii anterioare repetate pentru a elibera unghiul sclerocornean și a înlesni ast-fel filtrațiunea. Rezultatele sunt bune însă trecătoare.

Diferiți autori Parinaud, de Wecker, Holth au vrut să obțină rezultate definitive. In acest scop Parinaud și Holth caută să obțină înclavarea de iris după operațiea iridectomiei pentru ca ast-fel să filtreze lichidele în afară din ochi. Lagrange pentru a obține o filtrațiune permanentă a recurs la excizia unui lambou de sclerotică.

Operația consistă în următorii timpi :

Cu o jumătate de oră înainte de operație se instilează o picătură de ezerină în ochiul bolnav spre a avea o pupilă cât mai mică care ne-ar ajuta în momentul operator să putem intra cu cuțitul bine în camera anterioară şi apoi după operaţie să nu vie irisul să obstrueze ca un dop exciziunea sclerală. Pentru anestesie cocaină şi adrenalină.

Operaţia se face ast-fel:

1. Se face incizia scleroticei la un milimetru în afara limbului. După ce am făcut puncţia şi contra puncţia terminăm incizia ast-fel că după ce am tăiat sclerotica în bizeau să detaşăm un lambou din conjunctivă cât mai mare (Fig. 1).

2. Se răsfrânge lamboul conjunctival şi se ia cu foarfecele sau cu pensa lui Vacher, cum am făcut noi, o bucăţică din sclerotică (Fig. 2).

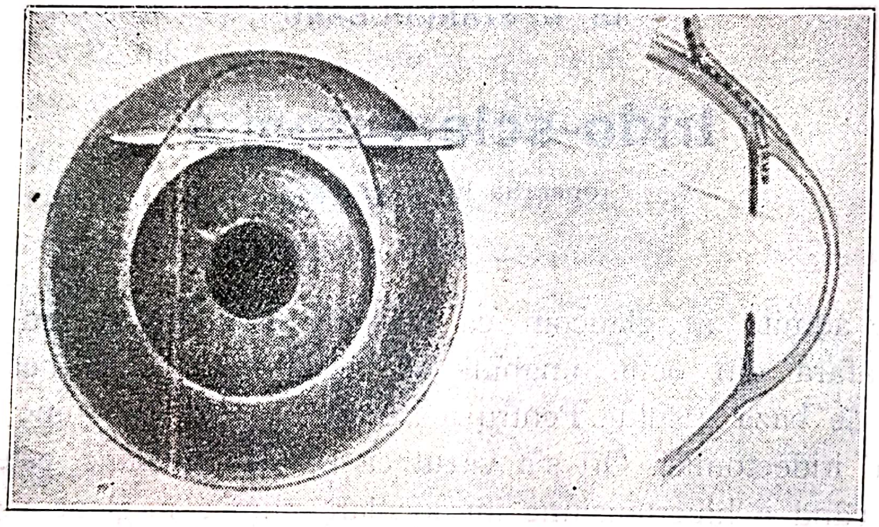


Fig. 1

3. Se face iridectomia în mod obişnuit (Fig. 3 şi 4).

Această operaţie a lui Lagrange o fac în Franţa azi Morax, de Lapersonne şi Rochon-Duvigneaud.

Am făcut şi noi de 3 ori această operaţie însă am modificat-o puţin făcând excizia cu pensa lui Vacher (Fig. 5).

Aceste cazuri sunt următoarele 3 observaţii care sunt relatate în teza d-rei V. Cărbunescu ce tratează despre Irido-sclerectomia, sau operaţia lui Lagrange:

Observaţia I. — Pacienta Neacşa Gheorghe, în etate de 50 ani, română, intră în serviciul oftalmologic de la Spitalul Colţea acuzând dureri în tâmpla stângă. E bolnavă din Iulie 1908. Boala a început cu dureri vagi în jurul ochiului stâng, dureri ce devin din ce în ce mai mari şi o fac să între în spital. In acelaş timp observă că vederea îi scade la acest ochiu. Nu a observat dacă i-a fost ochiul roşu. Nu a mai consultat nici un doctor.

Starea prezentă. De constituţie debilă, prezintă din partea ochiului stâng următoarele simptome: Conjunctiva bulbară puţin injectată, pupila mărită şi foarte leneşă la reacţiune şi cu aspect glaucomatos. Cornea limpede, tonusul puţin mărit; globul puţin dureros la presiune.

La oftalmoscop se vede o uşoară excavaţie papilară. V — $^1/_2$ cu + 2 dioptrii.

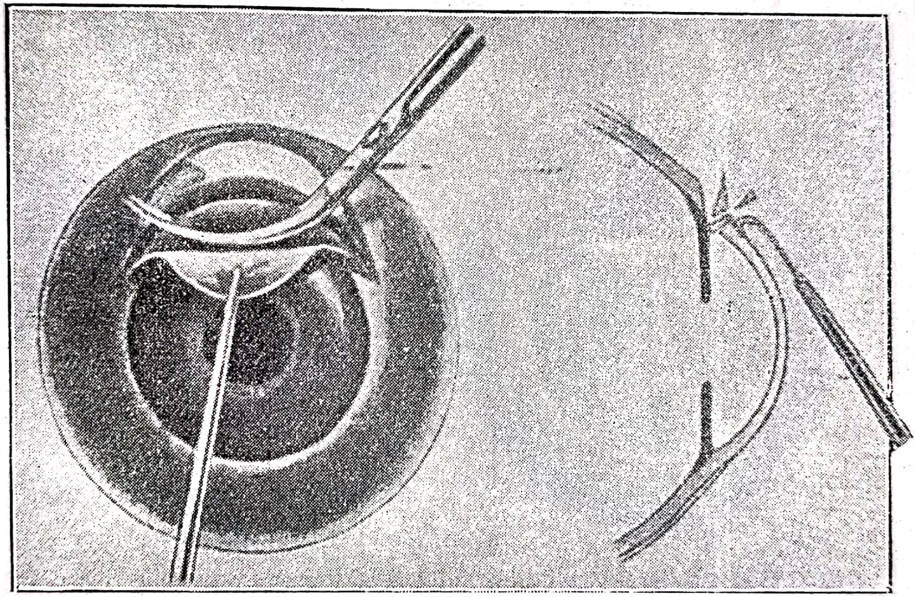


Fig. 2

La 18 Noembrie se operează.

I se face toaleta antioperatorie. Se adoarme cu cloroform şi se face incizia scleroticei la 1 mm, înapoia limbului, în plină sclerotică. Apoi cu pensa lui Vacher se excizează o mică porţiune din sclerotică. Se face apoi iridectomia; se reduce marginele irisului şi se face toaleta.

A doua şi a treia zi bolnava se simte bine.

23/Nov./908. Durerile dispărute, ochiul injectat, camera anterioară dispărută.

28/Nov./908. Camera anterioară nu s'a refăcut, ochiul s'a congestionat.

29/Nov./908. Luându-se câmpul vizual se constată mărit.

5/Dec./908. Câmpul vizual mărit. V = $^1/_2$ cu + 2 dioptrii.

30/Dec./908. Bolnava părăseşte serviciul.

Observaţia II. — Ghizela Ianoş, vine în spital pentru că nu vede bine, în special cu ochiul drept. Are dureri în regiunea periorbitară. Nu poate spune precis de când i-a început boala şi nici dacă mai prezintă şi alte simptome din partea ochilor din cauză că e streină şi nu înţelege bine româneşte. Nimic nu putem afla din antecedente.

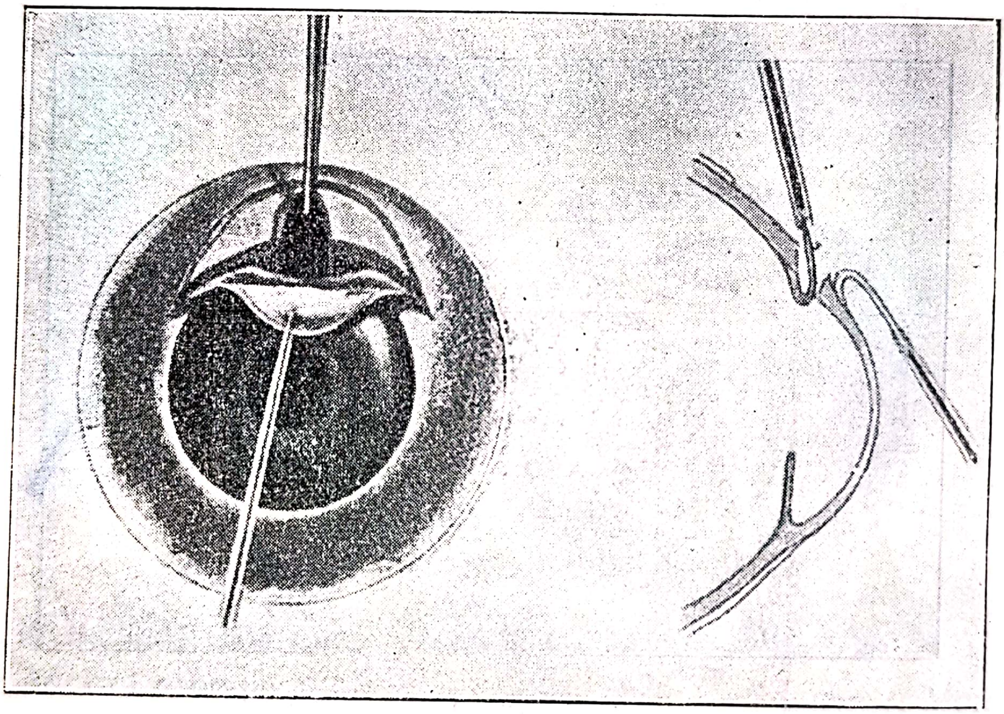


Fig. 3

Starea prezentă. De constituţie debilă, mărginită ca inteligenţă, ochii cu aspect exterior normal, pupilele dilatate şi cu reflexul verzui al glaucomatoşilor. Tonusul puţin mărit. Bolnava nu poate zări de cât lumina. Nu i se poate lua câmpul vizual şi nici acuitatea vizuală, se operează în Noembrie 1908 făcându-se o iridectomie antiglaucomatoasă, procedeul Lagrange. Se excizează o porţiune din sclerotică cu pensa lui Vacher, deci o iridosclerectomie, făcândui-se o fistulă filtrantă în sclerotică la $1^1/_2$ mm. de la nivelul limbului.

Bolnava după operaţie se simte mai bine; începe să zărească şi să numere degetele la distanţă foarte mică de alt-fel (10 cm.).

Local prezintă deasupra limbului cornean conjunctiva ridicată făcând o proeminență, aici e fistula filtrantă. Pupilele s'au mai închis. Tonusul s'a micșorat, bolnava nu mai acuză durerile de odinioară. Camera anterioară dispărută.

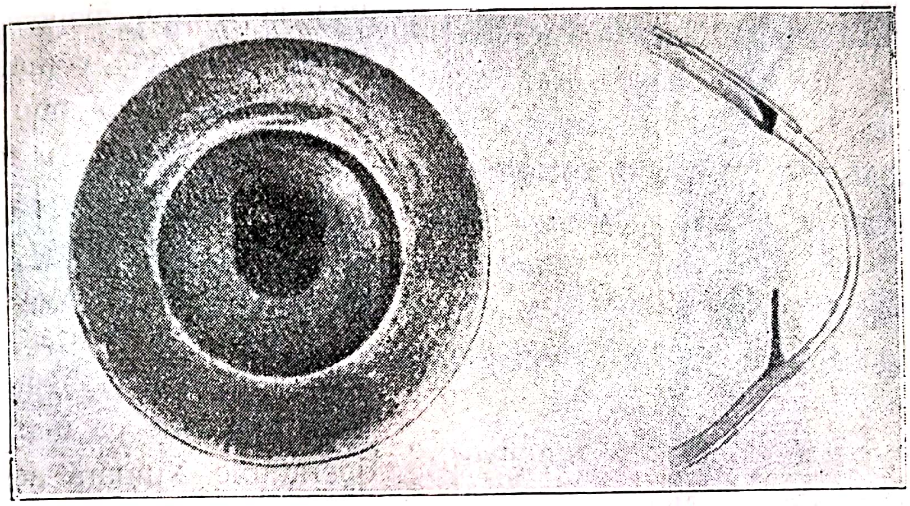


Fig. 4

Bolnava părăsește spitalul la 14 Decemb. Nu mai acuză dureri. Camera anterioară nu s'a refăcut. La nivelul plăgei bulă de edem subconjunctival.

Observația III. — Stanca Cărnaru de 50 ani vine în spital pentru că nu vede cu ambii ochi și mai ales cu stângul.

Istoric. In August 1908 simte dureri în ochiul stâng care i se roșește; vederea i se întunecă puțin; totul însă numai pentru 3 zile când ochiul își reia aspectul normal, durerile dispar, vederea se restabilește. Această liniște ține 2 zile după care urmează o perioadă de dureri, roșață și întunecare a vederei. Ast-fel s'au succedat mai multe accese și cu timpul începe să o doară și ochiul drept. In timpul acesta observă că vederea la ochiul stâng e mult micșorată. Cu timpul dispar durerile de la ambii ochi, bolnava rămânând însă cu diminuarea acuităților sale vizuale. Așa în prezent nu vede nimic cu ochiul stâng, iar cu cel drept numără degetele la o jumătate metru distanță.

Prin examenul obiectiv se constată din partea ochiului stâng camera anterioară mărită. Pupila puțin dilatată, cu aspect glaucomatos; pe cristaloida anterioară urme de pigment irian. Fundul nu se luminează. Pupila nu reacționează la lumină.

Acelaşi lucru şi la ochiul drept, exceptând urmele de pigment irian.

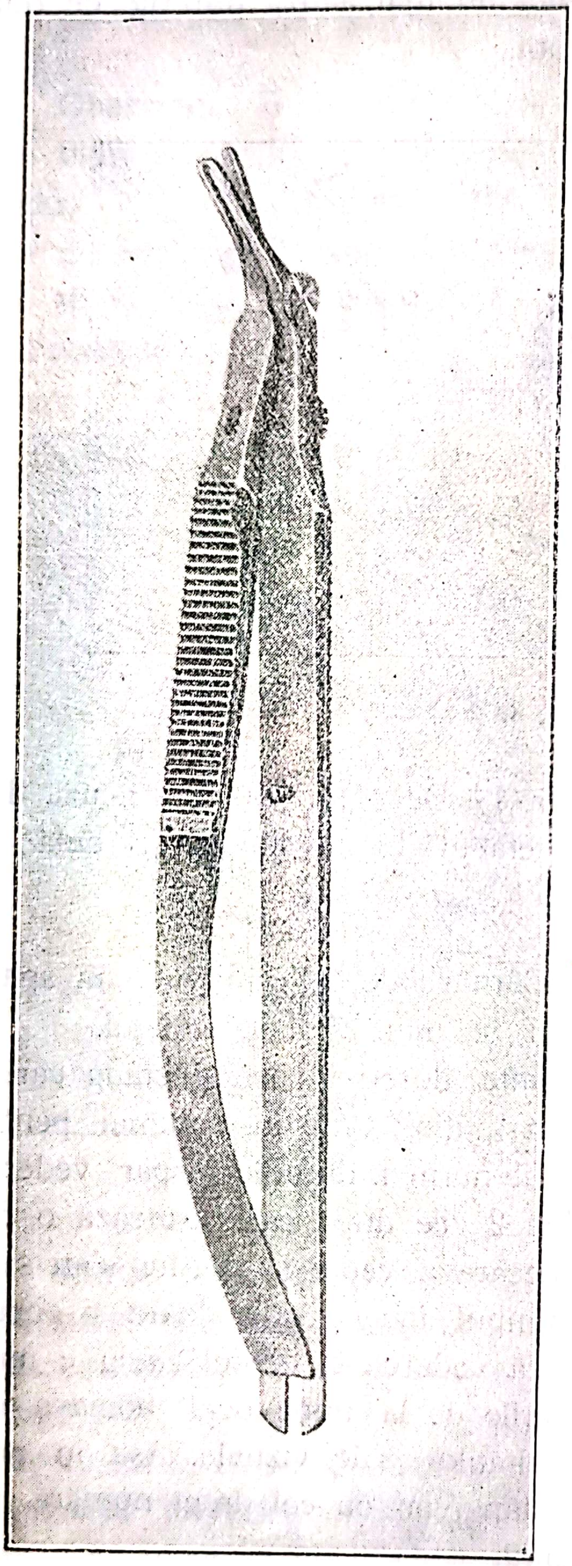


Fig. 5

14 Ian. 909. Se operează la ochiul drept. Se cloroformizează. Se incizează cornea la 1 mm. înapoia limbului. Bolnava vomitează; se adoarme din nou şi se face sclerectomia cu foarfecele, apoi iridectomia care din cauza indocilităţii bolnavei e insuficientă. Toaleta.

20 Ian. 909. Starea generală bună, bolnava spune că vede mai bine ca înainte de operaţiune. Numără degetele la aceiaşi distanţă însă mai precis.

26 Ian. 909. Puţină cefalalgie.

27 Ian. 909. V = $^{1}/_{30}$ luată cu cercul lui Landolt.

4 Febr. 900. Părăseşte serviciul ameliorată.

Din aceste 3 observaţiuni rees următoarele concluzii: In două cazuri, observ. II şi obs. III acuitatea vizuală s'a mărit, iar în primul caz acuitatea vizuală a rămas staţionară iar câmpul vizual s'a mărit.

Ceea-ce am remarcat în primele 2 cazuri e dispariţia camerei anterioare care nu s'a putut reface cât timp bolnava a fost în serviciu. Consultând în această privinţă pe Lagrange el ne-a răspuns că adese ori camera anterioară dispare imediat după operaţie dar după mai multe luni se reface.

Lagrange a publicat (1) în 1906 o statistică de 15 observații în care câmpul vizual nu s'a ameliorat de cât de 2 ori, acuitatea vizuală de 3 ori, iar în celelalte cazuri s'a menținut o ameliorare pronunțată.

In Franța Morax a practicat de mai multe ori această operație fără a publica rezultatele. Am asistat însă la un bun rezultat pe care l'a avut la o femee care fusese altădată operată de glaucom de Chevalereau prin iridectomie dublă. Un an după operație această femee a devenit complect oarbă. Prezentându-se la spitalul Lariboisière în Iulie 1908, d-rul Morax i-a practicato sclerectomie și vederea s'a ameliorat foarte mult.

De Lapersonne și Rochon-Duvigneaud în Franța și Weecks în America au practicat de mai multe ori această operație cu rezultate satisfăcătoare.

In privința eficacității procedeului lui Lagrange mulți au atribuit bunele rezultate numai simplei iridectomii. Lagrange însă a avut rezultate bune în două cazuri numai cu sclerectomie. Tot ast-fel a fost și cu cazul lui Morax relatat mai sus.

Un alt punct principal e dacă rezultatele sunt sau nu durabile.

Henderson din Nottingham făcând experiențe pe animale a văzut că după un timp oare-care cicatricea se închide prin un țesut subconjunctival de neoformațiune care umple perderea de substanță a scleroticei. După câte-va luni membrana lui Descemet căptușește această cicatrice și împiedecă filtrațiunea.

Am avut ocazia împreună cu Demicheri, să facem examenul anatomopathologic al unui ochiu enucleat operat anterior de d-rul Morax prin irido-sclerectomie. Am găsit inclavare de iris la periferie și sub conjunctivă un strat continuu de țesut celular.

---

(1) Lagrange. Iridectomie et sclerectomie combinées dans le traitement du glaucome chronique. Archives d'opht. p. 481, vol. 26.

C. PARHON și **C. I. URECHIE**
Docent și șef de lucrări la clinica boalelor nervoase.
Intern al Spitalelor Eforiei.

Un caz de miastenie bulbospinală (1)

Opoterapie hipofisară. Ameliorare.

(Comunicare prezentată la Societatea română de Neurologie și Psihiatrie în ședința din 8 Decembrie 1907).

Sindromul miasteniei bulbospinale descris pentru prima oară de Wilks și de care se leagă încă numele lui Erb și Goldflam constitue unul din capitolele cele mai interesante ale neuropatologiei.

Interesul acestui sindrom nu ține atât de mult de raritatea relativ destul de mare a cazurilor (d-l Prof. Marinescu a observat la noi în țară 3 cazuri dintre cari 2 au fost comunicate societăței de Neurologie și Psihiatrie; acesta e deci al 4-lea caz cunoscut în țara noastră) ci mai cu seamă de problemele importante ce le ridică din punctul de vedere al patogeniei și al tratamentului.

Inainte însă de a discuta aceste probleme vom expune observațiunea bolnavei ce am avut ocaziunea să studiem.

D-ra E. C. de 22 ani. In antecedentele sale ereditare găsim că tatăl e un om calm și normal. Mama sa e nervoasă, se supără ușor. Bolnava are trei frați. Fratele cel mai mare pare a fi un om fără energie și inconstant în acțiunile lui. Părăsește ușor aproape ori-ce întreprindere. Un alt frate e scrofulos. Cel mai mic pare a fi prezentat și el de câte-va ori un fenomen ce amintește pe cele găsite la bolnava noastră căci s'a plâns mamei sale că în timpul mesei simte o slăbire a forţei muşchilor masticatori. Dar aceste turburări au dispărut în urmă. Noi n'am avut ocaziunea să-l examinăm.

---

(1) Prin termenul de bulbospinală, înțelegem numai că mușchii astenici sunt repartizați atât în teritoriul nervilor cranieni cât și a celor rachidieni fără să prejudecăm nimic asupra sediului turburărei ce produce miastenia.

Bolnava noastră a suferit de rugeolă la opt ani. Mai târziu a avut de mai multe ori amigdalite.

Menstruată la 11 ani, pierderile de sânge se urmau regulat şi în cantitate normală.

Turburările de care se plânge au debutat acum 4 ani. Intr'una din zile aflându-se la masă simte de-odată că masticaţiunea devine din ce în ce mai anevoioasă şi că acelaş fenomen se petrece cu deglutiţiunea şi că din această cauză se îneacă cu alimentele.

După masă, prin repaos, turburările au dispărut dar s'au repetat în urmă la fie-care 2 sau 3 zile în timpul mâncărei.

Această impotenţă funcţională a muşchilor masticatori şi ai farinxului nu apărea imediat ce bolnava începea să mănânce ci după cât-va timp de funcţionare regulată, forţa musculară scădea până la epuizarea mai mult sau mai puţin complectă.

La vre-o 2 ani după aceasta apăru un ptosis predominent mai des la stânga şi care une-ori era aşa de pronunţat încât globul ocular era cu totul acoperit. Se întâmpla uneori ca ptosa să fie mai pronunţată la ochiul drept. Ocluziunea palpebrală se făcea incomplect şi în cel mai bun caz bolnava nu putea să strângă pleoapele pentru a închide ochiii cu putere ca un om normal.

Aceste turburări nu erau de alt-fel constante ci apăreau în mod intermitent. Emoţiunile, contrarietăţile, oboseala în genere aduceau apariţiunea acestor simptome. In timpul menstruaţiei se simţea mai rău. Aceasta devenise de alt-fel dureroasă.

Acum un an a fost operată pentru un polip nasal şi în urma acestui traumatism starea sa s'a înrăutăţit cu mult.

In prezent se observă un ptosis destul de pronunţat ceea-ce împiedică pe bolnavă a vedea obiectele aflate înaintea ei când ţine capul în poziţiunea obicinuită şi o sileşte să extindă capul înapoi pentru a putea vedea.

Ocluziunea palpebrală se face în mod aproape complect dar bolnava nu poate strânge pleoapele. Irisul reacţionează puţin cam leneş, dar nu se observă o epuizare a contractilităţei lui nici după 10′ de încercare.

Uşor nistagmus în mişcările de lateralitate ale globilor oculari.

Masticaţia se face cu greutate şi incomplectă. Mişcările de lateralitate ale maxilarului sunt limitate. Mişcările limbei sunt de asemenea mai greu de executat; bolnava o simte ca împiedecată.

Deglutiţia se face cu greu şi adese ori bolnava se înneacă cu alimentele. După câte-va linguri de supă deglutiţia devine dificilă, bolnava se înneacă şi e silită a întrerupe masa. Nu poate să bea în cursul zilei nici un pahar cu apă întreg din această cauză, căci epuizarea contractilităţei muşchilor faringei apare repede.

Reflexul faringian conservat. Vocea e nasonată şi dacă bolnava vorbeşte mai mult devine ininteligibilă. Nu poate să stingă o lumânare chiar situată aproape de ea. Râsul e jenat. Mişcările capului mai cu seamă extenzia sunt de asemenea atinse. Une-ori când bolnava se pleacă în jos, capul cade înainte dacă nu'l susţine cu mâna. Mişcările de lateralitate ale capului sunt mai bune.

Membrele superioare se obosesc de asemenea lesne. Bolnava se poate îmbrăca şi alimenta singură dar oboseala apare repede şi din această cauză bolnava nu poate coase sau executa diferite lucrări manuale. Membrul superior drept 'l simte mai slab ca pe cel stâng.

Membrele inferioare nu sunt nici ele respectate. Nu poate merge ceva mai mult fără a se obosi. Nu poate urca o scară şi pentru a se urca în tramvai e nevoe să fie ajutată.

Dacă punem bolnava să ţină braţul întins în sens orizontal epuizarea apare după 5′.

După masă simte o greutate în regiunea epigastrică şi o senzaţiune de căldură în cap mai cu seamă la faţă. Pofta de mâncare conservată. Nu e constipată.

Menstruele agravează în mod foarte însemnat starea bolnavei care în acest timp aproape nu se poate ridica din pat. Pierderile sanguine durează 4 zile şi în prima zi sunt foarte abondente.

Menstruaţia e însoţită de dureri ce se iradiază în regiunea inguinală şi în partea internă a coapselor. In acest timp are greţuri, vărsături şi o cefalee intensă.

Cefalalgiile se repetă de alt-fel şi în intervalele menstruelor, sunt intense, apar atât ziua cât şi noaptea şi fără cauză apreciabilă. După fie-care masă bolnava se simte mai rău.

Turburările semnalate sunt întrerupte de perioade mai bune, dar acestea nu durează decât 4—5 zile şi chiar atunci bolnava nu e complect bine.

Ficatul, inima, splina, pulmonii, nu prezintă nimic anormal la examenul clinic obişnuit. Urina are densitatea scăzută 1017. Materiile organice la litru 38,60. Urea 13,05. N'are albumină nici zahăr. Numeroase cristale de acid uric. Puţine de urat de sodiu. Nu se găsește o mărire a matităţei presternale care ne-ar putea indica o persistenţă şi mai ales o ipertrofie a timusului.

De când e bolnavă a slăbit mult şi a devenit palidă. N'am avut posibilitatea să examinăm sângele din punct de vedere al coagulabilităţei, toxicităţei, numărului globulelor roşii şi cantităţei de hemoglobină. Numărătoarea globulelor albe ne dă: Polinucleare: 79,04. Limfocite 10,77. Mononucleare 8,98. Eosinofile 1,19.

Pulsul 102 pe minut. Examenul excitabilităţei electrice arată reacţiunea miastenică după 3′ de excitaţiuni cu un curent a biapsului brahial faradic 300 diviziuni, la aparatul lui *Dubois Raymond* (fabrica *Gaiffe*).

Forţa dinamometrică încercată de 10 ori consecutiv la ambele mâini arată următoarele cifre:

In dreapta: 30, 35, 35, 35, 35, 25, 25, 30, 25, 25.
„ stânga: 30, 35, 35, 30, 35, 30, 25, 25, 22, 27.

Acest examen e făcut la 9 Octombrie într'o perioadă din cele bune ce dura de 3 zile. La 12 Octombrie bolnava se simte din nou rău. Vorbirea dificilă. Deglutiţia foarte grea. Salivaţie abondentă.

In ziua următoare (13 Octombrie) supunem pe bolnavă la tratamentul ipofisor care a dat bune rezultate lui Delille şi Vincent(1). Administrăm bolnavei 2 linguriţe dintr'o maceraţiune ipofisară (o ipofisă de vacă la 30 grame glicerină).

La 14 Octombrie ia 4 linguriţe din acelaş medicament. La 15 şase linguriţe. Notăm o mărire a tensiunei arteriale care e de 15—16 precum şi o scădere a pulsului care e de 88 pe minut. 16 Octombrie. Aceiaşi cantitate de ipofisă. Bolnava se simte mai bine.

La 17 Octombrie mărim doza de ipofiză dându-i 3 linguriţe dintr'o maceraţie de o parte glanda la 4 părţi glicerină.

18 Octombrie. Tensiunea arterială 18. Pulsul 80. Bolnava se simte mai în putere. Se alimentează mai uşor. Se constată totuşi un uşor ptosis bilateral şi o jenă a mimicei.

19 Octombrie. Ia câte 3 linguriţe dintr'o maceraţie de o parte glandă la trei părţi glicerină. Bolnava are menstruaţia. Dar contrariu celor ce se întâmplă de obiceiu de când s'a îmbolnăvit, de astă dată

---

(1) Delille et Vincent. Myasthenie bulbo-spinale, Soc. de Neurologie de Paris. 7 Fevrier 1907. *Revue Neurologique* No. 4. 1907.

nu mai are dureri nici cele-lalte fenomene ca greţuri, vărsături, cefalee, insomnii; nici pierderi abondente. Bolnava s'a preumblat *timp de o oră*, fără să se obosească sau să se simtă rău. Se alimentează mai bine. Pulsul 80, tensiunea arterială 18.

20 Octombrie aceeaşi stare.

21—22 Octombrie. Bolnava se alimentează foarte bine şi cu uşurinţă. Deglutiţia atât pentru solide cât şi pentru lichide se face uşor. Pofta de mâncare e bună şi poate acum să fie satisfăcută. De asemenea a putut să bea în timpul mesei cinci pahare de apă fără să se înnece. Mimica ameliorată. Ochii se închid mai bine. Expresiunea figurei în timpul râsului se apropie mai mult de normală. Poate să stingă o lumânare suflând. Nu mai are nici insomnii, nici cefalagii. Nu se mai oboseşte uşor. Vocea a câştigat în sonoritate şi poate vorbi fără a se obosi aproape ca un om normal deşi timbrul e încă puţin nasonat.

28 Octombrie. Pulsul 78. Tensiunea 19. Reacţia miastenică perzistă în aceleaşi condiţiuni ca mai înainte. Bolnava se simte foarte bine şi de fapt chiar după o preumblare îndelungată prin oraş şi obositorul drum de la Pantelimon la Bucureşti şi viciversa (în trăsură) bolnava nu s'a simţit obosită. Mănâncă foarte bine. Somnul e de asemenea bun, regulat. E veselă, ageră. Un nou examen al formulei leucocitare ne dă la sută: Polinucleare 64,51. Mononucleare 20,41. Limfocite 13,97. Eosinofile 1,07.

31 Octombrie. Tensiunea 20. Pulsul 76. Bolnava se simte bine. Lucrează la dantele şi croşetează fără a se obosi. Mănâncă foarte bine şi fără nici o dificultate. Somnul bun, regulat. N'are cefalalgii. Ptosa dispărută. Nu poate însă strânge pleoapele. Ooare-care jenă în râs.

1 Noembrie. Se suspendă opoterapia pentru 7 zile.

5 Noembrie. Pulsul 86. Tensiunea 20. 6 Noembrie. Pulsul 90. Tensiunea 20.

8 Noembrie. Reîncepe opoterapia dintr'o maceraţie în aceleaşi proporţii ca cea de la 19 Octombrie.

13 Noembrie. Tensiunea 16. Pulsul 108. Buna stare se menţine ca şi în zilele precedente.

16 Noembrie. Bolnava are din nou menstruaţia. S'a putut preumbla, cum face adese-ori, mai mult timp fără a obosi. N'are dureri.

17 Noembrie. A simţit puţină oboseală în membrul superior drept. Buna stare continuă însă. Poate lucra, umbla, mânca, vorbi, fără să se obosească. Pulsul 90. Tensiunea 15.

Forţa la dinamometru luată la mâna dreaptă de 10 ori consecutiv, ne dă la prima dată 45 dar diminuarea se vede deja în mod marcat de la a 5 şi a 6-a oară când nu mai găsim de cât 25 apoi variează în modul următor: 20, 30, 25, 15.

In zilele următoare starea generală se menţine bună; bolnava vorbeşte foarte puţin nasonat, dar nu se oboseşte în timpul vorbirei. Se poate alimenta bine. Se poate preumbla etc. La 24 Noembrie se întoarce în provincie unde ne propunem să-i trimetem maceraţiunea de ipofisă pentru a urma ast-fel mai multe luni cu mici întreruperi de câte-va zile pe fie-care lună.

In rezumat e vorba de o fată de 22 ani, ce de la vârsta de 18 ani prezintă o stare de astenie a muşchilor deglutiţiei, masticaţiei, fonaţiunei, a muşchilor faciali, oculari, ai gâtului şi membrelor, astenie separată de mici perioade de buna stare relativă şi care astenie apare după un timp mai mult sau mai puţin scurt de funcţionare suficientă a muşchilor respectivi şi care e în scurt timp urmată de o epuizare. Această epuizare conduce la adevărate fenomene paralitice ca ptoza pleoapelor, dificultatea ocluziunei lor complecte. Examenul electric al muşchilor arată reacţiunea miastenică. Principalele viscere nu par a'şi traduce prin nimic suferinţa lor.

Tabloul acesta e aşa de caracteristic pentru sindromul lui Erb. Goldftam în cât ni se pare inutil a ne opri pentru a face diagnosticul diferenţial.

Această bolnavă a fost tratată cu o maceraţiune de glandă ipofisară în glicerină.

Am fost conduşi să încercăm acast tratament de o comunicare pe care Arthur Delille şi Cl. Vincent au prezentat-o Societăţei de Neurologie din Paris şi în care e vorba de o fată de 21 ani atinsă de acelaş sindrom şi pe care autorii au tratat-o prin opoterapia ipofisară combinată mai întâiu cu cea ovariană iar în urmă izolată.

Aceşti autori au obţinut în cazul lor o ameliorare echivalentă cu o vindecare şi sunt de părere că opoterapia ipofisară trebue încercată când există semnele ce par după Renon şi Delille să indice o insuficienţă ipofisară şi anume tahicardie, instabilitatea pulsului, ipotensiune arterială, sensaţiune de căldură, sudaţiuni cu uşurinţă, insomnie, anorexie.

Cele mai multe din aceste simptome existau şi în cazul nostru şi având deja exemplul autorilor mai sus citaţi am întrebuinţat opoterapia ipofisară şi precum aţi văzut am obţinut o ridicare a tensiunei sanguine, o scădere a pulsului, o dispariţie a sensaţiunei de căldură ce bolnava o simţea după masă, o regulare a menstruelor şi a somnului şi mai cu seamă o dispariţie sau o ameliorare însemnată a oboselei ceea-ce a pus pe bolnavă în posibilitatea de a se hrăni în mod normal, a putea lucra, a se putea preumbla, a putea întreţine o conversaţie prelungită etc.

Adăogăm că Levi şi Rothschild (1) au obţinut şi ei o ameliorare foarte importantă într'un caz de insuficienţă funcţională a muşchilor şi pe care'l au diagnosticat miopatie sau miatonie şi că aceşti autori sunt dispuşi să admită că ipofisa are un rol în troficitatea şi funcţiunile musculare.

Cazul şi opinia acestor autori era de sigur un motiv mai mult pentru noi să încercăm acelaş tratament în cazul nostru.

Am încercat opoterapia ipofisară singură atât pentru a putea judeca în mod mai precis efectele ei cât şi pentru faptul că bolnava se simţea mai rău în timpul menstruaţiei în care timp se pare că funcţiunea ovariană e mai degrabă exagerată conform ideilor lui Marbé (2). O iperovarizare nu părea deci indicată.

Ameliorarea însemnată observată în cazul nostru poate fi pusă pe contul opoterapiei pituitare?

De sigur un răspuns prea afirmativ sau prea negativ ar fi pentru un moment hazardat. Timpul de când observăm bolnava e prea scurt pentru a putea da un răspuns bazat pe o observaţiune destul de îndelungată. Ştim pe de altă parte că în cursul sindromului miastenic găsim adese ori remisiuni spontanee ce pot fi foarte îndelungate şi nu e cu totul exclusă posibilitatea unei ast-fel de remisiuni la bolnava noastră.

Totuşi un număr de fapte ne face să înclinăm mai mult pentru un răspuns afirmativ.

---

(1) Levi et Rothschild. Myopathie atrophîque progresive ou myatonie améliorée par l'opothérapie hypophysaire. Considérations sur l'action de l'hypophyse sur le système musculaire. *Soc. de Neurolog de Paris, Revue Neurol.* 1907. p. 613. Aceiaşi autori au mai întrebuinţat cu succes opoterapia hipofisară la copii rămaşi în urmă cu desvoltarea şi la cari turburările motorii aveau o origină cerebrală. Lévi et Rotschild. Contribution à l'opotherapie hypophisaire. *Soc. de Neurol. de Paris.* 7 Fevrier 1907. In *Revue neurologique.* p 177. 1907 sau în Etudes sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse. Paris 1908.

(2) S. Marbé. Principiul iperovarismului menstrual şi valoarea sa biologică. Teză. Bucureşti, 1907.

Mai întâiu ameliorarea a coincidat cu epoca de tratament şi a părut a fi sub influenţa imediată a acestuia. Pe când în timp de 4 ani de când e bolnavă remisiunile nu ţineau de cât câteva zile şi atunci încă starea bolnavei lăsa mult de dorit, acum avem o ameliorare ce datează de peste o lună şi în care bolnava se simte mai bine de cât s'a simţit totdeauna de când e bolnavă. In plus unele modificări ca rărirea pulsului, mărirea manifestă a tensiunei arteriale care a ajuns până la 20 sînt de sigur sub influenţa opoterapiei pituitare ceea ce ne face să credem că celelalte modificări apărute o dată cu acestea recunosc aceiaşi cauză. Dacă adăugăm că acest caz împreună cu acela al lui Delille şi Vincent sânt singurele în cari s'a încercat opoterapia pituitară şi în ambele s'a observat o ameliorare foarte însemnată, vedem că avem un mănunchiu de fapte suficient ca să ne facă să admitem cu multă probabilitate că ameliorarea în ambele aceste cazuri a fost consecinţa tratamentului opoterapic. Natural e necesar să mai aşteptăm înainte de a da un răspuns definitiv şi să vedem cum se va comporta bolnava sub influenţa aceluiaş tratament continuat cel puţin timp de mai multe luni.

Un fapt ce merită a fi notat şi pe care îl găsim şi în observaţia lui Delille şi Vincent e regularea evidentă a funcţiunei menstruale în timpul tratamentului. Din nenorocire aceşti autori au întrebuinţat cel puţin într'o primă perioadă şi tratamentul ovarian împreună cu cel pituitar ast-fel în cât e mai greu de spus căruia din aceste două tratamente îi revine ameliorarea dacă nu cumva, ceea ce de alt-fel e puţin probabil e vorba de o simplă coincidenţă în cazul lor ca şi într'al nostru.

In acesta din urmă ni se pare mai mult de cât probabil că această regulare a funcţiunei menstruale a fost sub dependinţa opoterapiei pituitare ceea ce constitue o confirmare a relaţiunilor ce există în mod sigur între glandele sexuale şi ipofisă.

Etiologia cazului nostru e foarte obscură. Se poate spune însă că există în familia bolnavei o tară nervoasă precum reese din observaţiunea ei. In alte cazuri s'au putut incrimina cu oare-cari probabilităţi unele infecţiuni ca difteria sau unele intoxicaţiuni alimentare. (Preobrajenski) intestinale prin ileus (Feimberg), prin leziuni renale.

Venim acum la problema interesantă între toate, a patogeniei miasteniei. Cunoştinţele ce le posedăm din acest punct de vedere —

foarte limitate de alt-fel — sânt bazate pe fapte anatomopatologice, clinice, experimentale şi terapeutice. Massalonge consideră miastenia ca efectul unei stări de inferioritate congenitală a elementelor nervoase a căror activitate s'ar epuiza repede sub influenţa unor cauze variate.

Examenul centrilor nervoşi a rămas negativ în majoritatea cazurilor. In altele s'au găsit leziuni banale. Cazul publicat de d-l prof. Marinescu împreună cu Widal (1), caz ce a evoluat în câteva săptămâni şi în care autorii au constatat alteraţiuni însemnate ale celulelor nucleare şi în unele fibre radiculare constitue o excepţie din acest punct de vedere.

Intr'un număr de cazuri găsim leziuni ale unor viscere şi ale muşchilor, leziuni ce prin coincidenţa lor în mai multe cazuri de miastenie par a nu fi lipsite de oare-care valoare patogenetică. Ast-fel într'un caz al lui Laquer, Weigert (2) a găsit o tumoară malignă a timisului, constituită din celule mici rotunde. cu nuclei bogaţi în cromatină, din celule epitelioide şi corpusculii lui Hassal. Tumoara dăduse metastaze şi muşchi cari prezintau între fibrele lor sau în perimisiu, numeroase grămezi de celule identice cu cele din tumoară dar în care corpusculii lui Hassal erau absenţi iar celulele epitelioide rare. Intr'un alt caz Weigert a văzut o tumoară a timusului *fără metastaze musculare*. Oppenheim a văzut un caz analog. Tot ast-fel Link (3), Hun (4), Boldt (5) Buzzard (6) şi Hanseman citat de Weigert a găsit în 3 din 5 cazuri alteraţiuni ale timusului. Intr'unul din ele glanda era mărită şi cu modificări proliferative şi degenerative. In celelalte două cazuri există o ipertrofie simplă dar însemnată a timusului. Aceşti autori ca şi Goldflam într'un alt caz au regăsit şi infiltraţiunea cu celule mici a muşchilor. Buzzard a observat aceste focare de infiltraţie celulară în câte şi 5 cazurile sale şi nu numai în muşchi ci şi în ficat, suprarenale, tumoara limfosarcomatoasă a pulmonului. Oppenheim (1) a găsit într'un caz o tumoară a rinichiului iar Dreschfeld un chist dermoid al ovarului. In cazul lui Boldt există maladia lui Banti.

---

(1) Marinesco et Vidal *Prèsse médicale* 1896.

(2) Laquer-Weigert. Beiträge zur Lehre von der Erb schen Krankheit. *Neurol. Centralblatt* No. 13 1907.

(3) Link. Beiträge zur Kentniss der Myasthenia gravis mit Befund von zellerherden in zabeichen Muskeln. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. XXIII 1903.

(4) Citat de Lévi.

(5) Boldt. Ueber ein Fall von Myasthenische Paralyse. *Monatschrift für Neurologie und Psychiatrie* 1906.

(6) Buzzard. Clinical and post-ortem examination of 5 cases of myasthenia gravis. *Brain* pag. 438 1905.

Raymond şi Alquier (2) au găsit într'un caz alteraţiuni ale ganglionilor limfatici.

Ce putem conchide din faptele precedente? Link crede că infiltraţia de celule mici din muşchi ar putea, împedecând circulaţia limfei şi maturarea produselor rezultate din activitatea musculară, să provoace fenomenele de epuizare şi din acest punct de vedere mi se pare interesant să amintim că d-l prof. Marinescu (3) pornind de la lucrările lui Verworn relative la raportul dintre fenomenele de epuizare şi absenţa de oxigen a avut idea să caute împreună cu d-l Mihăilescu dacă nu s'ar putea produce reacţiunea miastenică prin anemia muşchiului cu banda lui Esmarch şi de fapt experienţa a fost pozitivă. Prin staza venoasă obţinută cu metoda lui Bier au obţinut acelaş rezultat.

Aceste cercetări demonstra posibilitatea producerei fenomenelor miastenice prin turburări de ordine circulatorie şi ne putem întreba cu Link dacă infiltraţia de mai sus nu e capabilă să le realizeze. Dar trebue de asemenea să ne întrebăm dacă infiltraţia celulară nu lucrează printr'un mecanism diferit acela al unei secreţiuni spre exemplu.

In tot cazul această infiltraţiune lipsind în unele cazuri nu e capabilă să ne explice toate cazurile de miastenie şi aceasta ne conduce să vorbim de un alt mod de a vedea în care sindromul miastenic — cel puţin în unele cazuri — e privit ca urmare a unei alteraţiuni în funcţiunile glandelor cu secreţiune internă.

Tumorile sau alteraţiunile timusului când există ar putea să intervină prin acest mecanism.

Alte glande ce pot fi incriminate sânt suprarenalele, paratiroidele şi ipofisa. Siccard (1) a obţinut o vindecare prin opoterapia timică.

---

(1) Oppenhein. Die Myasthenische Paralyse. Berlin 1901.

(2) Raymond et Alquier. Asthenie motrice bulbo-spinale avec autopsie. *Arch. de med. exper.* 1905.

(3) Marinescu şi Mihăilescu. Două cazuri de sindromul lui Erb. *Soc. Română* de Neurol. şi Psihiatr. *In Revista Ştiinţelor Medicale* 1907.

Goldflamm Weiteres über die ashenische Lähmung, nebst einem Obductionsbefund. Neurol. Contrablatt 1902 No. 3 următoarele.

Raymond şi Lejonne (2) au făcut o apropiere între acest sindrom şi alteraţiunile primelor dintre aceste glande şi de fapt hipotensiunea arterială, ce pare a fi un fenomen foarte frequent dacă nu constant şi mai cu seamă astenia ce nu e fără analogie cu aceea observată în alteraţiunile capsulelor suprarenale justifică această apropiere.

Fără să conchidă în mod precis aceşti autori se întreabă dacă intoxicaţiunile sau infecţiunile nu determină fie direct fie prin intermediarul unei glande cu secreţiune internă viciată o turburare toxică ce influenţând sistemul nervos poate determina sindromul miastenic.

Un alt fapt ce întăreşte această apropiere îl găsim în rezultatele obţinute prin opoterapia suprarenală. Ast-fel Raymond şi Siccard (3) au observat un caz de vindecare complectă a miasteniei la o bolnavă ce a dus în urmă o viaţă obositoare şi plină de privaţiuni. Totuşi miastenia n'a retrocedat şi în momentul când autorii au făcut comununicarea, miastenia se menţinea de 4 ani. Bolnava luase în timpul şederei sale în spital câteva capsule cu pulbere de timus alternând cu pilule de capsule suprarenale. Cum însă după eşirea din spital tratamentul n'a mai fost continuat, comunicatorii nu cred că vindecarea se datoreşte opoterapiei. Intru cât ne priveşte aceasta nu ni se pare imposibil cu atât mai mult cu cât Galvagni (4) într'un caz de recidivă a miasteniei a întrebuinţat paraganglina profesorului Vassale (un preparat din suprarenale) şi a obţinut o vindecare aproape complectă.

O ipoteză ingenioasă a fost emisă de Lundborg (5) care priveşte miastenia ca un sindrom de iperparatiroidizaţie. Acest autor considerând paralizia agitantă ca un sindrom de insuficienţă paratiroidiană bazat între alte simptome mai cu seamă pe ipertonie a ridicat problema existenţei unui sindrom al iperfuncţiunei glandelor paratiroide. Pentru el un ast-fel de sindrom ar trebui să îndeplinească două condiţiuni :

---

(1) Siccard. Soc. de Neurol. de Paris, 7 Février 1907.

(2) Raymond et Lejonne. Deux cas de myosthenie bulbospinales *Revue Neurologique* No. 15 1906.

(3) Raymond et Siccard. Myasthénie bulbo-spinale guerie depuis quatre ans. *Revue Neurologique* 1905.

(4) Galvagni. Riforma medica No. 30 1904.

(5 Lundborg. Spielen die glandulae parathyroideae in der menschlichen Pathologie eine rolle. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.* Ad. XXVII 1904.

1. Să fie din punct de vedere simptomatic opus paraliziei agitante şi 2) să coexiste adese ori cu sindromul lui Basedow căci acesta din urmă fiind considerat ca expresiunea excesului de funcţiune tiroidiană e natural să ne gândim că aceiaşi cauză de iritaţie să lucreze în acelaş timp asupra tiroidei şi paratiroidei, aceste glande având între ele raporturi foarte strânse.

Lundborg crede a fi găsit acest sindrom în paralizia miastenică căci astenia şi paraliziile acestor bolnavi se pot după el considera ca opuse ipertoniei parkinsonienilor iar coexistenţa miasteniei cu sindromul lui Basedow se găseşte citată în mai multe observaţiuni. Această opiniune nu pare improbabilă şi urmărind noi înşine chestiunea din acest punct de vedere am găsit în literatura medicală un fapt ce ni se pare a aduce un sprijin ipotezei autorului suedez. De Lorenzi (1) într'o lucrare asupra reacţiunei miastenice pretinde a fi găsit constant această reacţiune în cursul sindromului lui Basedow. Or această reacţiune e de sigur expresiunea unei asteni musculare şi ni se pare că ea are semnificaţiunea unui indiciu de miastenie latentă când nu există celelalte simptome obicinuite ale sindromului lui Erb.

Ar fi mai nimerit poate să se opună acest sindrom nu aceluia al lui Parkinson ci tetaniei (2) precum a făcut-o de alt-fel de curând Indemans (3). Acest autor priveşte miastenia ca o insuficienţă a glandelor suprarenale, a tiroidei, pituitarei, ovarelor şi testiculelor, mai cu seamă a primelor dar insistă asupra legăturilor ce unesc aceste diferite glande între ele aşa în cât alteraţiunea uneia din ele răsună şi asupra celorlalte. Intru cât priveşte paratiroidele acestea ar fi antagoniste ale suprarenalelor şi de şi autorul nu scoate această concluzie dar rezultă din opiniunea sa că iperfuncţiunea paratiroidiană ar conduce la miastenie, conform opiniunei lui

---

(1) De Lorenzi. La reazione miastenica e la sua simulabilita. *Firenze*. Tezi di laurea 1904—1905.

(2) Unii autori au căutat să stabilească un raport între tetanie şi de calcificarea centrilor nervoşi. Ar fi de văzut dacă nu se poate stabili un raport între miastenie şi o abondenţa mai mare a calcelui din centrii nervoşi sau din muşchi.

(3) Indemans. Comunicare la Congresul internaţional de Neurologie, Psihiatrie, Psihiologie şi azistenţa alienaţilor ţinut la Amsterdam, în Septembrie 1907.

Lundborg, ca şi insuficienţa suprarenalelor. Pentru el miastenia din sindromul lui Basedow ar fi datorită epuizărei glandei tiroide care are o acţiune mai degrabă tonică şi analoagă cu aceea a capsulelor suprarenale.

Pentru Indemans «terapeutica miasteniei trebue să fie găsită în calea organoterapiei şi va trebui să ne adresăm la extractul suprarenal, la pulberea tiroidiană, la ooforina şi la pulberea de pituitară pentru a combate această afecţiune atât de des mortală".

Buzzard a întrebuinţat cu un rezultat problematic glanda tiroidă în miastenie şi acelaş tratament a rămas negativ într'un caz al lui Levi (1). Aşa în cât nu ni se pare că insuficienţa tiroidiană ar juca un rol însemnat în patogenia miasteniei.

Din contra rezultatul obţinut de Dellile şi Vincent cu opoterapia pituitară — asociată câtva timp cu cea ovariană — e din cele mai încuragiatoare şi tot ast-fel se pare că promite a fi cel din cazul nostru. Dată fiind acţiunea sinergică pe care ipofiza o are faţă de capsulele suprarenale şi astenia musculară marcată ce se observa în insuficienţa suprarenală *trebue să ne întrebăm dacă insuficienţa ipofisară n'are într'adevăr un rol în patogenia miasteniei ?*

Cercetările ulterioare vor rezolvi sperăm această problemă. Această posibilitate n'ar exclude de alt-fel — după cele zise mai sus — un rol asemănător al insuficienţei suprarenale sau al iperfuncţiunei paratiroidelor în patogenia *sindromului* miastenic.

Un ultim punct înainte de a încheia. Dacă opiniunea emisă de Lundborg se va adeveri cel puţin pentru unele cazuri de miastenie ne putem întreba împreună cu Parhon şi Goldstein (2) dacă nu vom putea găsi un tratament pentru aceste cazuri *în serul animalelor paratiroidectomizate.* Aceşti autori sânt de părere că metoda propusă de Ballet şi Enriquez pentru tratamentul sindromului lui Basedow ar putea fi generalizată şi pentru alte sindrome de iperfuncţiune glandulară şi că ar fi locul să se caute dacă serul animalelor paratiroidectomizate, ser cu propietăţi tetanizante n'ar avea o acţiune neutralizatoare asupra miasteniei, acela al animalelor hipofisectonizate în tratamentul acromegaliei (în ipoteza iperfuncţiunei) şi poate acela al animalelor ecapsulate în unele cazuri de ipertensiune sau de arterioscleroză. In tot cazul proprietăţile acestor seruri ar merita să fie studiate în mod mai aprofundat şi ni se pare probabil că terapeutica nu va avea de cât de câştigat dintr'un ast-fel de studiu.

---

(1) Levi. Contributo clinico alla conoscenza del Morbo di Erb. Goldflam. *Rivista di patologia nervosa e mentale.* No. 9 şi 10 1906.

(2) Parhon şi Goldstein, Les Sécrétions internes, Paris, 1909.

Notă complimentară. De la prezentarea acestei comunicări am continuat să urmărim evoluţia sindromului miastenic şi influenţa tratamentului în acest caz.

Intr'o scrisoare ce bolnava adresează unuia din noi la 14 Decembrie 1907 se exprimă în modul următor:

„De unde când am început cura d-voastră nu puteam mânca, nu puteam înghite, vorbeam cu mare greutate, nu eram în stare să mă urc în tramvai sau trăsură, nu puteam lucra, într'un cuvânt pot zice, eram nenorocită; astă-zi după o lună şi jumătate în cura d-voastră mă simt cu mult ameliorată; aproape familia mea nu credea ochilor văzându-mă în starea de ameliorare în care sînt; zic ameliorare pentru că trebue să urmez cura conform ordinului medical; eu însă mă cred restabilită căci mănânc foarte bine, vorbesc bine, lucrez, umblu fără nici o greutate şi fără să simţesc măcar oboseala.

De când m'am despărţit de priveghere medicală, am întrerupt cura ce mi-aţi dat timp de aproape două săptămâni în care interval n'am simţit nimic în rău; numai a doua zi după sosirea mea, m'am simţit rău, nu puteam mânca, vorbeam pe nas şi-mi tremura picioarele care a dispărut după câte-va zile şi sunt dispărute şi astăzi, rămâindu-mi numai că vorbesc pe nas ceea-ce nu aveam când eram sub îngrijirea d-voastră".

De asemenea mişcările feţei când râd nu sunt normale.

La 14 Ianuarie 1908 bolnava scrie unei rude a sale următoarele: „Ochii nu mă mai supără de loc. Pleoapele nu mi se mai închid. Inghit foarte bine şi am poftă de mâncare. Picioarele şi mâinile nu m'au durut cum mă dureau mai înainte şi nu puteam să merg. Am dureri teribile de cap. Acum văd mai rău de cum eram la Pantelimon, vorbesc pe nas, mă înăbuş şi din cauza asta mă opresc la vorbit, obosesc foarte uşor şi nu pot vorbi mult.

. . . .

Starea menstruală până acuma am avut-o foarte bună. Eri a fost prima dată când iar am început a avea dureri mari. N'am mâncat aproape de loc căci simţeam că vomitez. După frig întotdeauna mă simt mai rău. Precum vezi starea generală nu e aşa de bună".

In acest timp bolnava urma cu tratamentul ipofisar. Când scria rândurile de mai sus (14 Ianuarie) era după o săptămână de pauză. In aceeaşi scrisoare bolnava mai vorbeşte de o tumefacţie a buzei care apare sub influenţa frigului sau a celei mai mici lovituri precum şi de nişte „bube" (un herpes?) pe cari le atribue unei stări febrile.

La 21 Iaauarie bolnava scrie următoarele: „Pot să mănânc. Pofta de mâncare mi-a lipsit pentru câte-va zile însă mi-a revenit. Durerile de cap persistă. Dimineaţa mă scol cu dureri de cap care mă ţin toată ziua şi mă indispun. De două săptămâni de asemenea mă scol cu dureri de mijloc şi mă dor umerii şi ceafa, dureri cari peste un ceas, două, dispar. Vr'o două zile am vorbit foarte bine, acum însă vorbesc iarăşi pe nas. Picioarele şi mâinile nu mă dor. Buzele nu mi s'au mai umflat şi bubuliţele au dispărut. Râd tot ca înainte.

La 9 Februarie starea bolnavei lasă de asemenea mult de dorit. Urma tratamentul ipofisar (cinci linguriţe pe zi). Iată cum se exprimă bolnava: „Vorbesc cât se poate de rău. Râd tot aşa. Alt-fel ochii, capul, mâinile, picioarele, le simt bine. Buzele nu mi se mai umflă. Atât că mă doare iar ceafa, umerii şi mijlocul. Durerile astea le am numai noaptea şi dimineaţa când mă scol. Pe urmă dispar. Starea menstruală am avut-o săptămâna asta. Mi-a fost foarte rău. Dureri insuportabile. Nu mai ştiam ce fac. Ţipam de dureri; şi am avut-o la 3 săptămâni. Văd că mi-a fost mai rău decât rândul trecut. Am avut şi vomitări. Când am fost bolnavă de friguri mi-a apărut câte-va bubuliţe roşi, mari cât un grăunte şi mă mâncau. Am crezut atunci că poate din cauza frigurilor. De atunci mi-a mai apărut şi iar mi-a trecut şi acuma văd că din nou (herpes menstrual? Nota autorilor) Şi nu dispar curând. Nu ştiu ce să cred. Eu n'am avut nici odată. Nu apar mai multe de cât vre-o 10. O fi poate din cauza doctoriei".

Precum se vede ameliorarea din primul moment nu s'a menţinut, starea bolnavei s'a agravat din nou deşi nu pare a fi ajuns la ceea-ce era mai înainte.

Notăm încă apariţiunea probabilă a unui herpes menstrual şi ne întrebăm cu bolnava dacă tratamentul ipofisar n'a avut un rol în determinismul lui.

Văzând că ameliorarea nu se menţine am suprimat tratamentul ipofisar şi am început pe cel suprarenal (paraganglina Vassale, extract de substanţa medulară din capsula suprarenală).

Bolnava a luat în total din luna Martie până în Septembrie, 15 flacoane de câte 60 gr. paraganglină urmând între 30 şi 100 picături pe zi cu 4 pauze de câte 5—15 zile.

Sub influenţa acestui tratament sau în tot cazul în timpul când l-a urmat starea sa s'a ameliorat din nou.

Au existat totuşi şi perioade mai rele fără însă să atingă pe acelea de mai înainte de începerea primului tratament opoterapic.

Bolnava e revăzută la 2 Noembrie. De câte-va săptămâni nu mai a luat nici un medicament. S'a mutat de câte-va zile într'o casă cu etagiu. Mutatul, urcatul scărilor a obosit-o şi de câte-va zile a observat că pleoapa ochiului stâng cade puţin. Venind de la Galaţi la Bucureşti a suportat şi oboseala drumului. Totuşi vorbirea e abea uşor nasonată, râsul aproape normal. Se notează că pleoapa stângă acopere partea snperioară a irisului de aceeaşi parte. Mersul, degluţia etc. se fac bine tensiunea arteria 14—15 în dreaptă, 13 în stânga.

Forţa dinamometrică luată de 10 ori consecutiv dă următoarele cifre:

In dreapta: 15, 11, 14, 11, 11, 12, 14, 13, $13^1/_2$, $12^1/_2$.

In stânga: 11, 13, $11^1/_2$, 11, 10, $10^1/_2$, $9^1/_2$, $7^1/_2$, $9^1/_2$, $5^1/_2$.

La 17 Noembrie găsim cifrele următoare:

In dreapta: 50, 45, 40, 35, 35, 30, 35, $32^1/_2$. $32^1/_2$, 30.

In stânga: 35, 30, 45, 35, 30, 27, 25. 26, 25, 25.

Bolnava ia din nou ipofisă macreaţia glicerinată $^1/_4$ plus câte 1 gram de ovarină pe zi.

La 26 Noembrie tensiunea arterială e 16—17 în dreapta, 14 în stânga.

Forţa dinamometrică ne dă următoarele cifre:

In dreapta: 45, 40, 35, 30, 36, 25, 30, 27, 30, 30, 32.

In stânga: 35, 30, 35, 30, 25, 25, 25, 25, 22½, 20, 20.

Menstruaţia în timpul tratamentului cu paraganglină a fost mai întotdeauna dureroasă.

Acum 5 Decembrie bolnava urmează de cu tratamentul ipofisar (¼) şi ovarian (1 gram pe zi) combinat. Văzută la 5 Decembrie bolnava se prezintă bine, ochii sunt aproape egal deschişi, şi se închid aproape complect fără însă a-i putea strânge bine. Bolnava râde normal. Poate cânta, mănâncă bine. Nu se oboseşte. Vocea e însă puţin nasonată.

* * *

De la prezentarea acestei comunicări, d-l Prof. Marinescu a avut ocaziunea a face examenul anatomopatologic al unuia din cazurile sale. Bolnava a sucombat în urma unei tuberculoze înaintate. Credem interesant să amintim aci principalele constatări făcute în acel caz.

S'a notat o congestie intensă a ficatului şi rinichilor, persistenţa timusului precum şi o ipertrofie destul de însemnată a ipofisei.

Microscopiceşte sistemul nervos nu prezintă alteraţiuni. Muşchii din contră prezentau o infiltraţiune grasă a fibrelor, multiplicarea nucleilor şi mai rar a infiltraţie celulară a vaselor. Fibrele infiltrate de grăsime sunt diseminate printre fibre intacte.

Ipofiza era formată din celule cu tip variat, fuxinofile, aurautiofile şi cromofobe şi prezenta o abondentă formaţiune de coloid ce se găseşte în mare cantitate şi in vasele acestui organ. Paratiroidele nu prezentau leziuni sigure deşi ipoteza unei iperfuncţiuni părea admisibilă. Timusul prezenta substanţa epitelioidă sub formă de faseicule şi de insule separând substanţe limfoidă. Corpusculii lui Hassal lipsesc. Corpul tiroid prezenta o proliferare a foliculilor glandulari şi semne de supraactivitate, traduse prin excesul celulelor cu coloid. Multe celule prezintă pe de altă parte abondente granulaţiuni de grăsime. In corticala capsulelor suprarenale multă grăsime şi cristale. In ficat se notează o infiltraţiune limfocitară a spaţiilor porte.

Autorul e de părere că primum movens al asteniei pare a rezida într'o perturbaţiune în formaţiunea anticorpilor oboselei sau a oxidazelor.

Dr. IERINICI
Medicul Spitalului Piatra-Neamţ

Diabet pancreatic de natură sifilitică

Diabetul zaharat are ca caracteristică prezenţa zaharului în urină.

Glycosuria alimentară poate fi considerată ca forma cea mai uşoară de diabet. Deşi glycosuria alimentară ar fi un semn de insuficienţă hepatică, totuşi se pare că această glycosurie ar depinde în prima linie de o alteraţiune a pancreasului. Alteraţiunele pancreasului ca şi ale ori-cărui alt organ sunt datorite diverselor infecţiuni sau intoxicaţiuni cari pot ataca şi distruge mai mult sau mai puţin întregul său ţesut. Alteraţiunele pancreasului, desvoltându-se în mod lent şi progresiv, se traduc cliniceşte prin glycosurie alimentară şi numai atunci diabetul devine grav, când pancreasul a fost aproape complectamente distrus (Lorand).

După experienţele lui Mering şi Minkovski este foarte probabil că multe cazuri de diabet sunt datorite alteraţiunilor pancreasului.

Nu este mai puţin adevărat că Claude Bernard a reuşit a produce glycosurie înţepând calamus scriptorius în al 4-lea ventricul; ori în aceste cazuri de glycosurie, pancreasul este indemn de leziuni şi totuşi diabetul se produce. Claude Bernard explica acest fenomen prin o excitaţiune nervoasă transmisă de măduvă, marelui simpatic. In acest caz se face o iperemie a ficatului şi glycogenul din ficat este evacuat. Insă în aceste cazuri glycosuria este cu totul efemeră şi numai o alteraţiune a pancreasului determină un adevărat diabet.

Acesta ar fi necontestat unul din modul de producere al diabetului și de sigur nu s'ar putea generaliza această pathogenie la toate cazurile de diabet. Deși pathogenia diabetului este încă foarte mult discutată, și cu toate că Richardière și Sicard în 1907 zic încă că cuvintele spuse despre diabet de către Claude Bernard în 1850 sunt încă adevărate, totuși cunoștințele noastre asupra pathogeniei acestei boli s'au întins foarte mult în acești din urmă două zeci de ani. Așa, s'a stabilit de către Lancereaux că într'un mare număr de autopsii de diabetici, s'au găsit leziuni manifeste ale pancreasului; experimentația pe animale a probat că ablațiunea pancreasului este urmată de diabet. Lépine a arătat că pancreasul prin secrețiunea sa internă favorizează consumațiunea zaharului în țesuturi. De altă parte se știe că cea mai mare parte dintre țesuturi consumă o cantitate apreciabilă de zahar și că această consumație pare diminuată în unele stări constituționale cum e de ex. arthritismul. Se mai știe încă că sistemul nervos influențează fără îndoială nutrițiunea țesuturilor, dar în ceea ce privește zaharul, se pare că secrețiunea internă a pancreasului este aceea care favorizează în prima linie consumațiunea acestui zahar, așa după cum a indicat Lépine și cum s'a probat mai târziu prin grefele pancreatice realizate de Minkovski și Hédon.

In general ceea ce se tinde astăzi a se admite în generalitatea cazurilor ar fi cum că diminuția glycolisei în diabet ar ținea sau din cauza unui defect primitiv al activităței țesuturilor sau din cauza defectuozităței excitantului ce-l aduce secrețiunea externă a pancreasului (Lépine).

In sprijinul celei aceste din urmă păreri, avem o observație foarte interesantă. Este vorba de bolnavul Mihail Borș, din orașul Piatra, de 36 ani, primit în spitalul nostru în ziua de 14 August și eșit mult ameliorat la 4 Septembrie. La intrare bolnavul ne declară că până acum 5 săptămâni a fost complectamente sănătos. De 5 săptămâni a început a avea dureri accentuate în regiunea epigastrică, dureri intestinale, materiile fecale extrem de fetide, pline de grăsime, aproape untoase. Tot de la aceași epocă a început a slăbi și a fi cuprins de o senzație de sete enormă și polifagie. Cu 6 ani mai înainte a avut un ulcer sifilitic la penis, ulcer urmat de accidente secundare pentru cari a fost tratat în spital. Are 3 copii sănătoși născuți înainte de contractarea sifilisului. In privința cauzei mai recente care i-a provocat boala, el nu ne poate da nici o explicaţie, el se ocupă cu munca câmpului în timpul verei şi lucrează în fabrici în timpul iernei. El este în realitate un lucrător cu mâinele. Nu-şi aduce aminte să fi suferit în ultimele săptămâni de vre-un accident sau vre-un traumatism pe corp sau pe cap. N'a suferit de nici o boală nervoasă, nu este epileptic, nu are ipertrofia corpului tiroid, nu are guşă exoftalmică.

N'a suferit niciodată de friguri palustre, nu a fost niciodată gras. Debutul boalei a fost aproape brusc, de oare-ce după zicerea sa cu 5 săptămâni înainte era complectamente sănătos. La primul examen după admitere în spital se constată că bolnavul este enorm slăbit, abia se ţine pe picioare, are aspectul unui tuberculos într'un stadiu înaintat, însă nu are nici o leziune pulmonară, nu are nici o turburare din partea vederei şi nu acuză mâncărime a pielei. El se plânge de o mare slăbiciune musculară, de o lasitudine, de dureri musculare, de crampe în membrele inferioare. De asemenea el se mai plânge de o sete irezistibilă, ar bea o cofă întreagă cu apă, după propria sa expresiune. Examenul mai detailat ne arată că bolnavul prezintă în regiunea sub-claviculară dreaptă o cicatrice rotundă de mărimea unei piese de 2 lei de argint, urma unei gome ulcerate; la baza toracelui, la nivelul coastei a 10-a stângi, el mai prezintă o îngroşare a coastei şi cu o escostosă foarte apreciabilă în fine la baza superioară, la dreapta liniei mediane, bolnavul mai are o ulceraţie suspectă, cu aspect de sifilidă erosivă. Regiunea epigastrică, regiunea ficatului şi abdomenul sensibile, ficatul nu este apreciabil mărit, urina de culoare galbină deschisă, de aspect turbure, reacţiunea acidă, densitatea 1042, cantitatea 7 litri, zahar 125 grame la litru, în totul bolnavul a eliminat prima zi 875 grame zahăr.

Ca regim a urmat în prima zi: carne friptă 600 gr., cafea 100 gr. şi antipirină 3 gr. La 18 August cantitatea urinei 8500 gr. cu 1062 gr. zahar. La 19 August faţă de aceste fenomene se prescrie regim lactat şi se începe un tratament antisifilitic cu injecţiuni mercuriale (sublimat corosiv 0.01) zilnice, injecţiuni intra-musculare; după prima injecţiune cantitatea urinei este 7500 grame, la 20 August a 3-a zi urina scade la 6000 gr., densitate 1040, zahar 71 gr. la mie şi în total 426 gr.; la 26 August urina scade la 3500 gr., iar zaharul 61,80 la mie, la 22 August urina 2800 gr. cu 60 gr. zahar la mie. După 4 injecţiuni de sublimat, urina şi zahărul se reduc în consecinţă la a treia parte din ceea ce fusese la început.

La 24 August bolnavul în loc de regim lactat mănâncă brânză cu smântână, cartofi şi mămăligă, iar a doua zi urina devine 4000 gr. cu 75 gr. zahar la mie, la 25 bolnavul mănâncă regim ordinar şi urina scade, la 3500 cu 61 gr. glycosă la litru, la 26 urina examinată la laboratorul din Bucureşti arată: cantitatea 3500, aspect turbure, densitatea 1033. reacţia acidă, ureea 11,6, acid uric normal, creatinina scăzută, azot total 5.02, albumină urine, glycosa 60 gr. la mie, acetone prezent, indican puţin, uraţi de sodiu puţini, celule pavimentoase prezente, fermenţi şi bacterii abondente, şi ca concluzie urină glycosurică cu 60 gr. glycosă la litru, conţine urme de albumină şi cu ureea mult redusă. Până la 1 Septembrie bolnavul a continuat injecţiunele zilnice de sublimat şi a început apoi a lua iodur de potasiu. Urina la 4 Septembrie este 3800 gr. cu 31 gr. zahar la litru şi ureea 10 gr. Bolnavul simţindu-se mult ameliorat, cere cu insistenţă să iasă din spital, totuşi în ultima zi de spital a eliminat aproape 100 gr. de glycoză. Era natural nu o vindecare dar o simţitoare ameliorare faţă de 1000 gr. de glycosă ce elimina în primele zile de spital. Cât timp bolnavul a stat în spital nu a urmat un regim dietetic propriu zis, a urmat la început un regim lactat cu care urina se scotorise, la 2800 gr. într'o zi, dupa ce s'a instituit regimul ordinar, este adevărat că urina şi glycosa s'au ridicat simţitor în cele 2 zile după reluarea regimului ordinar, dar această înrăutăţire n'a durat de cât 2 zile şi apoi şi urina şi zahărul au continuat a diminua până la eşirea bolnavului din spital.

Necontestat observaţia bolnavului nostru se referă la un caz cu totul tipic de diabet zaharat. Se naşte acum întrebarea anume ce leziune şi de ce natură a putut determina acest diabet.

La bolnavul nostru nu se poate imputa sedentaritatea, de oare-ce el este lucrător vara la câmp, iar iarna în fabrici. Excesul de alimentaţie iarăşi nu i se poate imputa, de oare-ce se ştie cu ce se hrănesc muncitorii noştri. Bolnavul nostru nu a suferit şi nu sufere actualmente de vre-o boală nervoasă. El nu sufere de acromegalie ca să ne putem gândi la o tumoară a glandei pituitare, el nu sufere nici de o formă justă a boalei lui Basedov, el n'a avut în timpurile din urmă nici un traumatism pe corp sau pe cap, nici o emoţie vie sau tristeţă mare de care poate nici nu ar fi capabil un om de această treaptă socială. De asemenea bolnavul nostru nu sufere de nici o leziune a ficatului, ca cirosă, fie atrofică, fie ipertrofică, sau de cirosă pigmentară. De asemenea el nu sufere nici de o leziune renală, căci examenul a arătat integritatea rinichiului.

Eliminând deci aceste cauze și având în vedere simptomele de debut și chiar cele actuale, natural atențiunea noastră a fost atrasă de organele abdominale. Durerile în regiunea epigastrică, durerile abdominale, fetiditatea și mai ales grăsimea care acoperea materiile fecale ale bolnavului nostru, ne-au făcut să ne edificăm diagnosticul, mai ales gândindu-ne la datele cele mai noi asupra pathogeniei diabetului. Importanța pathogenică a alterațiunelor pancreasului a fost bănuită de Bouchardat, stabilită de Lancereaux și cofirmată de Mering, Minkovsky, Hedon, etc. Cea mai veche observație de diabet coincidând cu leziuni pancreatice este a lui Cawley din 1788, care la autopsia unui diabetic a găsit un pancreas plin de calculi, Chopart în 1821 publică o observație identică, Bright în 1833 găsește un caz de diabet cu pancreas atrofiat și canceros, dar numai Bouchardat în 1846 a încercat o pathogenie a diabetului de natură pancreatică. Cl. Bernard în 1855 a găsit de asemenea diabete cu pancreas atrofiat, dar nu a încercat nici o pathogenie. Numai experiențele din 1889 ale lui Mering și Minkovsky, repetate de Lépine, Gley, Thiroloix, Hédon, au precizat faptele prin rezultatele lor destul de nete. Observațiunele mai recente tind de asemenea a proba alterațiunea pancreasului în diabet; după statisticele lui Windle, 79 din 139 sunt cu leziuni pancreatice, 40 din 54 după Hansemann, unul din cinci după Lépine. Insă în mai toate cazurile diabetul nu survine de cât după ce pancreasul a fost distrus prin sclerosă, lithiasă, kyst, hematom, cancer, etc.; foarte rar s'a observat diabet în cazuri de pancreatite acute, în general leziunele sunt cu caracter cronic. In marea majoritate a cazurilor leziunele sunt mixte, ocupând atât acinii glandei cât și insulele, dar s'au văzut cazuri când numai acinii au fost lezați, cum de asemenea s'au văzut cazuri, în special cu leziuni ale insulelor lui Langerhans. Ori-cum ar fi și ori-cari ar fi leziunele este momentan destul de bine stabilit că există un diabet de natură sau mai bine zis cu leziuni pancreatice și după părerea lui Hirschfeld, diabetul pancreatic ar fi o entitate morbidă bine definită.

Revenind la bolnavul nostru suntem convinși că el a suferit de un diabet zaharat cu leziuni foarte probabile ale pancreasului, cu leziuni de pancreatită cronică și aproape cu siguranță leziunele au fost de natură sifilitică. Două sunt modurile după cari se fac diferitele infecţiuni ale pancreasului. Cele mai dese se fac pe cale canaliculară ascendentă, iar celelalte pe cale vasculară. Natural în cazul nostru infecţiunea sifilitică s'a localizat la pancreas pe cale vasculară. Faţă cu leziunele prezentate de bolnavul nostru, nu a fost nici o îndoială că el este sifilitic.

Cu 6 ani înainte fusese îngrijit în spital de accidente sifilitice secundare consecutiv unui ulcer la penis, şease ani mai târziu, adică în momentul când a intrat pentru a doua oară în spital se putea foarte bine aprecia urmele indelebile lăsate de sifilis, cum era zona din regiunea subclaviculară şi exostosa de la coastă. Ceea ce însă atrăgea atenţiunea noastră asupra localizărei acestui sifilis la pancreas, era tocmai semnele funcţionale ale localizaţiei pancreatice. Aşa dispepsia gastro-intestinală, marea cantitate de grăsime eliminată prin materiile fecale şi mai ales aspectul gras al aceloraş materii fecale, augmentarea indicanului în urină ne face să credem că leziunea pancreasului era indiscutabilă.

Or, dacă pancreasul era bolnav, şi dacă diabetul era consecutiv acestei alteraţiuni ale pancreasului, nu mai e îndoieală pentru noi că alteraţiunea pancreasului, a fost de natură sifilitică. Nu a fost în cazul nostru o asociaţie de mai multe maladii evoluând fie-care în parte şi fie-care pe socoteala sa, nu a fost o pancreatită infecţioasă oare-care, nu a fost un diabet oare-care nici un sifilis, cari evoluau independent unul de altul. Totul ne face să credem că toate aceste manifestaţiuni morbide ţin de una şi aceaşi infecţiune, şi anume sifilisul, care în perioada terţiară s'a localizat în pancreas, determinând o leziune mai mult sau mai puţin gravă a acestui organ şi consecutiv degenerării pancreasului s'a produs diabetul de asemenea grav de care sufere bolnavul nostru.

In ceea ce priveşte însă forma sub care s'a prezentat sifilisul în pancreasul bolnavului nostru, natural nu putem face de cât presupuneri, ştiind că sifilisul terţiar în pancreas ca şi în alte organe se poate manifesta prin forma fie gomoasă, fie scleroasă, fie sclero-gomoasă. Având însă în vedere că forma mixtă rezultă din asociaţia celorlalte două şi cum aceasta este mai frequentă, este posibil că la bolnavul nostru să fi fost o pancreatită sifilitică sclero-gomoasă.

In rezumat deci observaţiunea noastră este destul de interesantă şi bine-venită într'un moment când încă studiul diabetului pancreatic de natură sifilitică este abia început şi când chiar unii autori îl pun în dubiu. In ceee ce ne priveşte, însă, nu pot face de cât următoarele reflecţiuni. Mulţi autori şi dintre cei mai însemnaţi admit că o leziune a pancreasului poate da naştere diabetului, sifilisul, de altă parte, se poate localiza absolut în ori-ce organ şi în consecinţă şi în pancreas (Tatusescu, Schlagenhaufer, Carl Haber, Sclesinger), urmarea fatală este că dacă se admite diabetul pancreatic, forţat trebue să se admită şi diabetul pancreatic sifilitic.

Acelaş raţionament l'au făcut în aceaşi revistă relativ la studiile localizărilor unor complicaţiuni ale febrei tifoide în diferite organe şi aparate. Am studiat cu acea ocazie şi 2 pneumonii tipice, este adevărat numai în mod clinic. Or autorii cei mai de seamă neagă în mod absolut pneumonia tifică. Eu totuşi eram quasi-revoltat şi mă întrebam în mod clinic de ce profesorul Dieulafoy, de ex.: susţine că toate complicaţiunele febrei tifoide sunt produse de bacilul tific afară de pneumonia care este datorită numai pneumo-cocului. Congestiunea pulmonului, splenisaţiunea, bronchita, broncho-pneumonia şi pleurita pot fi produse de bacilul tific, pneumonia nu. Prof. Chantemesse susţine absolut acelaş lucru. Netter acelaş lucru. Singur Grasset şi Herero de la Madrid admit pneumonia tifică. Or, se întâmplă ca la 5 Martie 1908, Mazingarbe susţine la facultatea din Paris o teză presidată de prof. Dieulafoy, şi în care teză se dă câte-va observaţii de pneumonie tifică. Or în cuprinsul observaţiei No. 14, găsim că la 4 Aprilie se face o însemânţare cu sânge din pulmon (pulmon cu pneumonie) şi nu se găseşte de cât bacili tifici aproape puri, la observaţiunea No. 16, iarăşi la un individ cu pneumonie tifică prin puncţie pulmonară se găsesc bacili de ai lui Eberth absolut puri.

Acelaş lucru se va întâmpla de sigur cu diabetul sifilitic; de sigur timpul şi observaţiunele îi vor convinge.

LUNA MEDICALĂ

Anatomie patologică

GOTTHOLD HERXHEIMER. — **Carcinoma sarcomatodes.** *Zieglen-Beiträge*, 44 Bd., 1 H. Numele de carcinoma sarcometodes dat de Virchon este rezervat tumorilor mixte rare, compuse dintr'un ţesut carcinomatos aşezat într'o stromă sarcometoasă. Acest fel de tumori a fost bine studiate de von Hausemann şi şcoala sa.

Autorul descrie o tumoră mixtă a esofagului, compusă din ţesut sarcomatos şi canceros. Cea mai mare parte din tumori era un cancer cu celule fusiforme şi rotunde. Intr'un punct însă se văd insule de celule epiteliale dispuse concentric şi cheratinizate formând globi epidemici, înconjuraţi de un ţesut sarcometos.

Ţesutul sarcometos prezintă multe kariokineze, cari nu se întâlnesc în globii epidermei.

Această tumoră n'a dat metastaze.

In literatură sunt numai 18 cazuri de sarcom pur al esofagului. Cât despre carcinoma sarcometodes, el se întâlneşte extrem de rar la acest organ. Un singur cas este descris, acel al lui von Hausemann.

Acest fel de tumoră se întâlneşte mai des în uter. Cea mai mare parte din cazuri însă sunt amestecuri de sarcom cu carcinom, cari au crescut „unul într'altul“ după expresia autorului. Mai rari sunt carcinomele sarcometoase propriu zise, *unde stroma chiar care delimită alveolele canceroase este sarcometoasă;* aceste din urmă sunt în număr de 3—5. In nici unul din aceste cazuri nu s'a găsit metastaze.

Mai dese sunt în ovar; sau mai găsit în tiroidă, glanda mamară, intestin stomac, vesicula biliară, cavitatea naro-faringiană. Trebuesc excluse şi de aci cazurile în cari se găsesc două tumori alăturate, sarcom şi carcinom, şi unde nu se constată dispoziţiunea caracteristică a tumorei lui von Hausemann. Dacă aceste cazuri sunt excluse, nu rămân în toată literatura, după autorul acestui articol, de cât aproximativ 20 de cazuri de carcinome sarcometodes la om. La animale se găsesc însă mai des. In cancerul experimental sunt mai cu seamă interesant transformările pe cari le suferă un carcinom în diversele generaţii. Pentru prima dată Ehrlich şi Apolant au constatat transformarea carcinomului în tumoră mixtă (C. şi S.) şi în urmă în sarcom pur.

In privinţa desvoltărei tumorei descrise de Herxheimer, trei hipoteze pot fi luate în consideraţie:

1. Atât ţesutul sarcometos cât şi cel carcinomatos, iau naştere prin acţiunea specifică a uneia şi aceiaşi cauze asupra ţesăturei diferite;

2. Sarcomul s'a desvoltat întâi în care în urmă se desvoltă ţesutul canceros;

3. Carcinomul s'a desvoltat la început, iar stroma lui în urmă a devenit sarcometoasă.

Bazat pe analogia cu modificările suferite de un carcinom în diferitele generaţii la şoareci şi şobolani, H. crede că această din urmă hypoteză este cea mai apropiată de adevăr.

Prima neoformaţie s'a petrecut în epiteliul esofagian, iar în urmă ţesutul conjunctiv care forma stroma tumorei s'a desvoltat atipic, s'a transformat în ţesut sarcometos care a preponderat. **DANIELOPOLU**

Bacteriologie

GIUSEPPE ALTONA. — **Ueber einen von Merschweinchen isolierten Tetragenus.** (*Centralblat f. Bact.* 1 orig. t. XLVIII 10 oct. 1909; *Pulet Instit. Pasteur* No. 2, 1909). Autorul a izolat din cord la mai mulţi cobai morţi cu aceleaşi fenomene (căderea părului la gât şi trunchiu, caşecsie), un tetragen, imobil, cu ram, optimum de desvoltare 37°. Deşi a fost găsit în mod constant într'o epidemie de cobai, n'a putut să dea o boală experimentală. Acest tetragen s'ar deosebi de ceilalţi printr'o încetineală în creşterea pe gelatină, autorul propune să-l numească Tetragenes tardissimus. **N. C.**

SCHINDER. — **Üeber Tollwütungfungen an Muriden. (Inocularea turbărei la Muridee.** *Zeitsch. f. Hyg.* t. LXI, f. r. 5 Oct. 1908, p. 169; *Bulet. Inst. Pasteur* No. 2, 1909). Virusul fix de la staţiunea din Berlin dă prin injecţii subcutane turbarea la şoarecii albi şi cenuşii în 37.6% cazuri; moartea în 7—12 zile. Autorul n'a constatat o exagerare a virulenţei prin pasagii. Incercările de transmisiune pe cale digestivă, afirmative în 30.7% cazuri. Virusul de stradă dă turbare în 37% cazuri. Evoluţia prea rapidă face imposibilă întrebuinţarea şoarecilor pentru diagnosticul experimental. **N. C.**

Chirurgie

P. LECÈNE. — **Ocluzie acută duodenală post operatorie.** (*Journal de chirurgie*, No. 8, Nov. 1908, p. 781—791). Autorul zice că ocluzia acută a duodenului sau „ilens arterio-mezenterique“ afecţiune cunoscută şi descrisă în Germania şi America nu e deloc cunoscută în Franţa. Astăzi zice el există 50—60 observaţiuni autentice. După ce trece în revistă cazurile interesante a lui Borchardt şi Rosenthal şi aminteşte că primele descripţiuni se datoresc lui Hundrat şi Snitzler face pe larg tabloul clinic al chestiunei. Semnele acestei boale sunt analoage, cu acele a unei ocluziuni intestinale sus situată caracterizată prin vărsături şi colapisus rapid; distenzie abdominală; sete intensă; raritatea urinei şi aproape amvrie completă şi în al 2-lea plan oprirea gazurilor şi materiilor stercorale.

In 90 la sută din cazuri vărsăturile există notate. In cazurile încă grave unde fibrele musculare complect paralyzate şi incapabile de un reflex de apărare, ele pot să lipsească; dovadă cazul lui Borchardt.

Vărsăturile sunt profuze, compuse din lichide bilioase şi verziu n'are nici-odată fecaloide. Câte odată lichidu e negricios, datorit sângelui alterat prin sucul gastric. Acesta e un semn de un pronostic grav. Colapsusu este şi el precoce. Faciesu hipocratic, pulsu accelerat şi mic, temperatura rămânând normală sau putându-se coborî sub normală. Această acţiune asupra pulsului e probabil datorită intoxicaţiei rapide a organismului prin otrăviri ondogene, secretată la nivelul duodenului şi care în stare normală ele sunt neutralizate în trecerea prin canalul intestinal. Distensiunea abdominală există aproape în toate cazurile, ea se localizează la început în regiunea epigastrică. Mai apoi stomacul colosal dilatat se poate coborî până la pubis. Absenţa mişcărilor peristaltice indică o paralizie acută a fibrei musculare şi comportă un pronostic grav. Setea mare, oliguria se explică printr'o hipersecreţiune intensă gastro-duodenală care spoliază organismul de lichide, cari sunt vărsate imediat. Nu trebue a se ţinea mare socoteală de oprirea gazurilor şi materiilor prin anus căci une-ori există chiar diaree.

Autopsiile făcute ne arată stomacul şi duodenum enorm dilatate. Dilataţia duodenumului merge până la a 3-a porţiune şi se opreşte brusc la acest nivel, unde vasele mezenterice încrucişează această porţiune. Se pare că unele cauze anatomice ar predispune la lăţirea duodenului prin pachetul vascular. Müller atribue slăbiciunei subiectelor; Rokitanszy lungimei mezenterului; Devé unor anomalii în dispoziţia duodenului. Aceste explicaţii nu sunt suficiente şi nu trebue atribuit o mare valoare acestor cauze predispozante. Două ipoteze patogenice au fost emise una susţinută de Albrecht, Bämuler, Kundrat, Landau cari cred că masa intestinului subţire trase în jos printr'o cauză oare-care, exercită asupra mezenterului o tracţiune prin care turteşte duodenul la nivelul celei a 3-a porţiuni. Stomacul se dilatează progresiv, se umple de lichid şi prin greutatea lui face ca ocluzia duodenală să fie ireductibilă. A 2-a ipoteză susţinută de Herff, Sheda, Borchard admite că stomacul dilatându-se într'un nod acut printr'o paralizie alonică a stomacului şi umplându-se de lichide devine foarte greu. Apăsând asupra intestinelor le împinge în jos şi prin aceasta se exercită o tracţiune asupra mezenterului, se comprimă duodenul, care se îndoaie la nivelul arterei şi ocluzia e începută.

Ocluzia intestinală este de un pronostic foarte grav. Ea trebue recunoscută imediat dacă voim să mai avem o acţiune în contra ei. Cel d'intâi lucru de făcut este o spălătură a stomacului, abundentă, prelungită, urmată de introducerea unei cantităţi de lapte cald pentru a redeştepta peristaltum stomacal. La aceste să se mai adaoge aşezarea bolnavei în poziţie ventrală sau genu-pectorală care cele mai de multe ori face să dispară presiunea anormală exercitată asupra anselor intestinale şi permeabilitatea intestinului este restabililită. Ori-ce tentativă chirurgicală trebuie proscrisă.

OMBRÉDAUNE (Paris). — **Asupra unui nou procedeu de anestezie cu ether.** *Comunicaţie la al XXI-a Congres a Asociaţiei Franceze de Chirurgie,* Paris, 1908, 5—10 Oct. Autorul consideră etherul superior cloroformului şi pentru a evita bronşitele destul de frequente după administrarea lui, iel recomandă un amestec de ether, acid carbonic şi aer proaspăt deservit printr'un aparat recomandat de autor. Acesta se bazează pe observaţia făcută de cei mai mulţi autori că anestezia cu ether se obţine mult mai repede dacă odată cu această substanţă bolnavul respiră aerul ce l'a expirat. Şi aceasta se întâmplă cu aparatele lui Julliard şi alte aparate analoage construite în Germania şi Anglia. Dar prin aceste aparate dacă se obţine anestezia rapidă se produce însă şi o asfixie şi cianeză a bolnavului dacă n'avem grija de a ridica masca din când în când. Prin aparatul lui Ombrédaune se poate varia progresiv amestecul de aer pur, acid carbonic şi vaporii de ether. Prin acest procedeu anestezia ie simplă, aproape fără periodă de excitaţie şi poate fi continuate fără întrerupere timp de 1 oră şi jumătate. Vărsăturile sunt excepţionale şi bronşitele mult mai rari. Asemenea vaporii ne mai răspândindu-se în cameră ori-ce pericol de explozie este suprimat.

J. JERIE (Praga). — **Contribuţie la seroterapia tetanosului.** *Mitteilungen aus den Grenzgebicten der Medizin und Chirurgie 1908,* tom. ZIX, fasc. 2 p. 282.303. Acest studiu a fost făcut în urma unei mici epidemii de tetanos postoperatorie observată în clinica gynecologică din Praga. După aceasta se practică systematic o injecţie preventivă de serum antitetanic la toţi operaţii şi tetanosu dispăru. După 5 luni nu se mai făcură injecţiuni preventive şi un nou caz apăru.

Se reîncepu injecţiile preventive şi tetanosu dispăru definitiv (după cât timp ?) Bolnavi fură trataţii cu injecţiuni de ser unii subcutanat alţii intra-rachidian din rezultatele obţinute autorul conchide că întrebuinţarea preventivă a serumului dă cele mai bune rezultate şi că din contra seroterapia tetanosului declarat pare fără acţiune în ceia ce priveşte calea rachidiană trebue sperat la rezultate ceva mai satisfăcătoare.

HILL (Montgomery). — **Plăgi a cordului: 3 observaţiuni cu concluziuni.** *Medical Record, 1908, tom. IXXIV No. 12,* 19 Sept. p. 473—478. In rezumat observaţiunile sunt:

1. Un copil de 13 ani primeşte o lovitură de cuţit în al 5-a spaţiu intercostal lângă mamelonu stâng. Cuţitu pătrunse prin vârfu cordului în ventriculu stâng şi plaga lasă să scurgă sânge la fie-care systola. Sgomotu inimei abea se auzea. Pulsu radial imperceptibil. Dyspnee, extremităţile reci. Matitate în regiunea precordială. Operaţia 8 ore după atentat. Volet cu baza intensă de la a III-a până la a VI coastă. Enorme hemo-heri card fără hemotorax. Lărgirea deschideri pericardice curăţirea de chiaguri. Pulsul se ameliorează imediat, se trece un catgut prin centrul plagei miocardului. Emoragia se opreşte. Spălarea pericardului cu ser. Inchiderea plăgei pericardice cu catgut. Cavitatea pleură e spălată şi suturată. Durata operaţii 45 m. Injecţii de strycnine. Ser artificial, vindecare.

Al 2-a caz a unei femei care căzând, face să pătrundă prin spaţiul al V-a intercostal stâng în inimă, un ac lung. Pulsu devine rapid şi slab. Bătăile inimei imprimă mişcări extremităţi acului rămas sub pele. Se face extracţia acului, vindecare.

Al 3-a caz un om care a avut înfipt în mână un ac de pălărie. Acu a străpuns al V-a spaţiu. Puls imperceptibil când bolnavul se culcă. Opresiunea. Extracţia acului prin incizia lui Rotter. Vindecare, autorul trage următoarele concluziuni.

Trebue operat imediat ori-ce plagă a inimei, chiar în caz de dubiu. Trebue dat cloroforum afară de cazurile desperat. A nu sonda plaga. Incizia lui Rotter permite accesu inimei. In plaga inimei trebue introdus degetele pentru a opri hemoragia şi a faciliza punerea suturilor. In marile hemoragi trebue a opri sângele prin presiunea ambelor vine cave. Magnus a arătat că se poate comprima cu degetele inima timp de 1 minut complectamente şi 4 minute incomplect. Tuburile vor fi separate cu catgut. Ele vor fi legate în diastolă. Curăţirea complectă a pericardului. A nu neglija asepsia căci moartea survine cele de mai multe ori prin injecţie. Drenarea pericardului şi sutura pleurei.

L. G. STOUKKEY (St. Petersburg). — **Sutura plămânului în plăgile prin instrumente tăietoare.** *Roussky Vratch*, 1908, No. 35, 30 August p. 1153, 1157 şi No. 35, 6 Sept. p. 1182-1187. Lucrarea autorului se bazează pe 25 intervenţiuni cu 16 vindecări.

Asistentul Stoukkey ca şi Prof. său Zeidler admit că ori-ce plagă tăietoare a toraxului ca şi a abdomenului cere o intervenţie, dacă accidentul nu se ridică la mai mult de 12 ore.

Technica urmată este următoarea, a debrida, traiectul în toată întinderea lui. Se îndepărtează mărginele plăgei pleurale şi dacă nu se găseşte sânge mult, se închide ermetic plaga.

In alte cazuri se deschide larg plaga, rezecând coasta susjacentă. El crede secţiunea unui lambou inutilă. După ce s'a evacuat sângele revărsat, se penseează plămâni şi se atrage în afară cât posibil. Plaga descoperită, este curăţită de corpi străini şi suturată cu fire de mătasă fină; iar deasupra un rând sero-seros, este suficientă pentru ocluzia plagei. Când plaga este profundă se face tamponarea plăgei şi exteriorizează plaga pulmonară, prin sutura ei la plaga pleurală. Când plaga e lângă hil numai tamponarea se poate face.

Rezultatele sunt departe de a fi excelente. Astfel pe 22 cazuri unde a practicat sutura din care 6 cu pneumonopexii. Vindecarea fu perfectă în 7 cazuri; 9 bolnavi sucumbară la deosebite distanţe; 7 făcură un empyeme mai mult sau mai puţin generalizat.

KUTTNER (Breslau). — **Trat. plagilor pulmonare prin arme de foc prin suturi.** *Deutsche Zeitschrift für Bhir.* 1908, Tom. XCIV fasc. 1—2 Aug. No. 1-15. Relatează o observaţie a unui tânăr de 20 ani, care a încercat să se sinucidă cu un glonte de revolver. După o încercare de expectaţie de 7 zile, Hemoragia continuându-se, dyspnea mai intensă, faţa cianotică se practică intervenţia, în camera lui Sauerbruch. Se rezică 20 cent. din coasta 6 şi se deschide pleura. O mare cantitate de sânge se scurge sub precune. Se rezecă încă, o parte din coasta a 5-a şi se îndepărtează mărginele plăgei cu ecartoru lui Mikulitz. Se găsesc ambele plăgi la nivelu lob. infer. a plămânului.

Aceste aproape nu sângerează. Se face ligaturi plăgilor şi închiderea paretelui toracic fără dungi. Vindecarea fără complicaţie. Autorul crede că în cazuri de hemoragii, ce se continuă şi progresivă intervenţia imediată este indicată. In tot cazul observaţia aceasta unde plăgile aproape nu sângerau nu pledează pentru cele susţinute de autor şi pentru intervenţie.

BRAUER (Marburg). — **Indicaţia tratamentului chirurgical a tuberculozei pulmonare.** *Comunic. la XXI Congres al Asociat. franceze de Chirurgie*, Paris, 1908 5—10 Oct. După Brauer operaţiile îndreptate în contra afecţiilor tuberculoase a plămânului pot fi impărţite în 1) operaţiuni care au de scop deschiderea şi drenarea focarului, 2) rezecţia plămânului bolnav, 3) operaţiune care au ca scop a provoca colapsus şi compresia pulmonului, 4) acele care îşi propun a modifica jocul respiraţii şi prin aceasta a influenţa funcţiunea.

Operaţiile din I şi a II-a categorie au fost definitiv părăsite. Acele din a IV-a categorie au ca tip operaţia lui Freund prin care autorul pretinde că lărgindu-se toracele, se dă mai mult joc plămânului şi prin aceasta favorizează procesu de cicatrizare. După Brauer prin acest procedeu se obţine tocmai un efect contrar; căci mărindu-se ventilaţia şi activindu-se circulaţia se favorizează progresiunea leziunilor. Trebue deci din contra a se pune plamaiul în repauz, provocându-se colapsusu. Prin colapsus, lymfa e respinsă, rezorbţia toxinelor diminuate şi starea generală ameliorată.

Acest colapsusu poate fi obţinut prin producerea unui pneumotorax artificial, sau în caz de aderenţe pleurale, o toracoplastie extra-pleurală. Indicaţiile operatorie sunt leziunile unilaterale grave. Existenţa altor leziuni în alte organe este o contraindicaţie medicale.

El dă o statistică mare care arată succesele obţinute prin aceste 2 metoade. Prezintă 3 bolnavi vindecaţi prin aceste metoade.

CECI (Piza). — **Trat. operatoriu a empyemului cronic prin resecţia thoracică cu gutieră deschisă.** Comunicaţie la XXI-a congres a Associaţii franceză de chirurgie, Paris, 1908, 5—10 Oct.) Operaţia ce preconizează şi pe care o consideră ca cea mai logică şi sigură consistă a executa printr'o incizie în forma de H răsturnat, 2 lambouri, care ridicate permit o largă rezecţie a peretelui toracic, şi a pleurei parietale. Prin această incizie, se poate tăia de la coloana vertebrală până la sterum. Această rezecţie trebuie făcută în mai multe şedinţe pentru a permite bolnavului să reiea forţe. Odată rezecţia terminată, se răstoarnă pe deasupra extremităţilor costale secţionate ambele lambouri, ca să acopere suprafaţa internă, suturând marginele de pleura viscerală. Suprafaţa viscerală rămasă în fundul suturei se epidermizează. După complectă vindecare segmentul toracic anterior este aproape aplicat pe segmentul posterior şi plămânul perfect protejat. Mişcările braţului nu sunt de loc jenate şi nici scolioză nu se observă. El a operat 16 bolnavi din care 13 sunt vindecaţi şi 3 au murit. Toate vindecările sunt perfecte fără fistulă.

Reyner din Marsilia, întrebuinţează în pleuroziile purulente învechite următorul procedeu care ia dat vindecări rapide. După o toracotomie mai mult sau mai puţin largă rezecând 5 sau 6 coaste procedează la curajul cu degetul sau cu cureta a pereţilor toracici, pulmonari şi diafragmatici de membrele groase febrinoase, sau caseoase ce le acoper. Asepsia regiunei şi drenaju fără spălături antiseptice.

BANDET (Paris). — **Tratamentu plăgilor plămânului prin toracotomia de urgenţă.** (Comunicaţie la al XXI congres de Asoc. Franceze de chirurgie, Paris, 1908 5 — 10 Oct.) Autorul raportează 7 cazuri de intervenţii cu 5 vindecări rapide 1 mort prin cloroform şi 1 prin Myocardită. Autorul atrage atenţiunea asupra gravităţei plăgilor pulmonare când există symphyse pleurală, căci un singur glonte a putut produce în plămâni o cavitate cât pumnul. Aceste plăgi sunt dificil de tratat neputându-se exterioriza plămânul pentru a'l sutura. El a vindecat 1 caz de emfiem generalizat; 1 caz de plagă pulmonară dublă; 1 caz de plagă pulmonară triplă; 1 plagă a plămânului cu plagă a cordului, 1 caz de intervenţie exploratice p. plagă pulmonară uşoară.

DE FOURMESTRAUX (Chartres). — **Pronosticul actual a ligaturei carotidei primitive** (Comunic la XXI congres al asociaţiei franceze de chirurgie, Paris, 1908, 5—10 Oct.). Studiază accidentele cerebrale consecutive acestei ligaturi şi găseşte că aceste accidente au diminuat mult, comparând statistica lui de Fort care dădea 45/100 accidente ca a sa care arată 21/100 şi când ligatura a rămas absolut aseptică numai la 5.6/100.

Aceste accidente se datoresc unei tromboze ascendente care pleacă dintr'o infecţie chiar uşoară de la locul ligaturei.

E. MARTIN (Colonia). — **Asupra suturei circulare a arterei umerale** (*Mediz Klinik*, 1908 No. 38, 20 Sept. p. 1455 — 1458 cu 2 fig.). Autorul a avut o ocazie a sutura o arteră umerală la nivelu cotului, ruptă de un traumatism. A fost nevoit a rezica 3 cent. din capetele arterei şi a întrebuinţat technica lui Caviel-Stich. Pulsu a reapărut după sutură precum şi coloraţia pelei. Exista un suflu la nivelu suturei. Exploraţia cu Splygmografie arată cotimidatea circulaţiei sanguine în arteră.

ENDERLEN (Wüzbourg). — **Un caz de cură ideală a unui anevrism arterial.** (*Deutsche Mediz Wochen*, 1908, No. 37, 10 Sept., p. 1581—1582), Autorul face o incizie mediană în regiunea poplitee disecă vîna pe care o lesează în 2 locuri şi o sntureează; izolează nervu sciatic popliteu intern şi disecă anevrismu. Leagă toate colateratele şi extirpă punga. Papetele rămîn la 4 cent. Flexiunea genunchiului şi sutura arterială după procedeu Carrel-Stich. Se închide plaga, drenindu-se. Pansamentu menţine membrul în flexiune. Vindecarea se făcu cu încetul şi membru putu fi închis progresiv. După 6 luni bolnavu îşi reluă ocupaţia. Autorul nu spune nimic asupra permeabilităţei vasului căci pedioasa ca şi tibiala posterioară nu erau perceptibele nici înainte nici după operaţie.

BRAUN (Berlin). — **Tratamentu operator a plăgilor prin arme de foc a măduvei.** (*Deutsche Zeitschrft für chir.*, 1908, Tom. XCIV fasc., 1—2 August p. 114 — 148). Autorul relatează observaţia unui copil care a primit o lovitură de glonte la nivelu celei a 5 vertebre dorsale. Imediat se constată paralizia membrului interior stâng. La dreapta perzistă oare-care mişcări. La stânga dispariţia reflexului, la dreapta persistă uşor reflexele cutanate mărite. Priapism şi retenţie de urină. După 5 ore toate aceste reflexe au dispărut şi mişcările ce persistase până atunci. După oare-care ameliorări astfel că a 374 zi mişcările au reapărut în gamba dreaptă Autorul se hotărăşte a interveni. Se face o incizie mediană, ablaţia arcurilor vertebrale de la a 4-a la a 9-a dorsală. Dura mater este aderentă la os. Se incizează învalişul dural şi se găseşte glontele în interioru măduvei depasând linia mediană în partea stângă. Extragerea glontelui. Reuniunea plăgei şi drenaj în contact cu măduva. Amelioraţia să făcu cu încetul. Incetul cu încetul mişcările apărură. Actualmente graţie unui aparat protetique, destinat a combate contracturile, poate merge foarte încet sprijinit în beţe.

PAYR (Greifswald). — **Ostéoplastie după rezecţia maxilarului inferior cu ajutorul unei porţiuni de coaste.** (*Zentralblat für Chir.*, 1908, No. 36, 5 Sept., p. 1065 — 1070, 2 fig.). Autorul crede că autoplastia în rezecţia maxilarului e un procedeu superior tuturor protezelor.

Primul procedeu consistă a rezeca un fragment costal complect izolat şi a'l grefa în locul fragmentului maxilar rezecat mai înainte. Trebue mai întâiu a lăsa plaga să se cicatrizeze şi apoi a încerca grefa.

Al 2-lea procedeu ceva cam bizar. In într'un I-ul timp se rezecă un lambou cutanat care să coprindă o porţiune din coastă cu periostul său şi se insimiază spre a o grefa între pele şi apenevroza regiunei sub claviculare cât mai aproape de maxilar. Intr'un al 2-lea timp se practică rezecţia maxilarului şi apoi se taie un lambou în U cu baza în sus, ce coprinde la extremitatea coasta inserată.

Se ridică lamboul răsturnând faţa cutanată în gură, aşezând bucata de coastă între cele 2 fragmente ale maxilarului.

El a întrebuinţat de 2 ori acest procedeu şi odată primul cu succes.

F. NÜRNBERG (Giessen). — **Cercetări clinice asupra labirintitelor supurate.** *Archiv für Orhenpeilkuude*, 1908, tom. LXXVI, fasc., 3—4, 5 Sept. p. 139. Studiul lui Nürnberg e bazat pe 26 cazuri de labirintită supurată pe un total de 3695 cazuri de otită supurată. Ceea-ce corespunde cu 0,7 la 100. Cele mai multe ori cea a succedat mai unei otite supurate, şi o singură dată unei otite acute şi de 2 ori unei afecţiuni sub-acute. Pronosticu a variat după cum labirintita e cercumscrisă sau difuză când este circumscrisă pronosticu e favorabil chiar dacă nu se intervine. Când lesiunele sunt difuze, operaţiunea dă mai bune rezultate de cât absteoţiunea şi aceasta nu e indicată de cât în supuraţiile cronice. Labirintita acută, seroasă beneficiază de paracenteză.

In otitele cronice supurate complicate de labirintită şi când evidarea petro-mastoidiană va constata o scurgere purulentă printr'o fistulă a canalului semi-circular, sau prin gaura rotundă sau ovală, atunci se va opera asupra labirintului. Mulţumindu-ne cu un drenaj când bolnavu a conservat un oare-care grad de acuitate şi cu rezecţia „culbecului“ în caz de surditate complectă.

R. DUNGER (Dresda). — **Asupra tiroiditei acute nesupurată.** Com. la Soc. de Sc. naturale şi medicale din Dresda şedinţa din 22 Februarie 1908 (*Munchener Mediz Woch.* 1908 No. 36 8 Sept. b. 1879 — 1883). Autorul zice că tiroiditele acute sunt rare cele ce manifestă ascenziunea. De temperatură întovărăşită de o tumefacţie a regiunei tiroidiene. Segmentul atins devine dar, dureros foarte sensibil. Pelea rămâne neatinsă sau devine puţin roşie. Durerile pot să se iradieze către ureche sau ceafă.

Respiraţia e jenată asemenea deglutiţia cu atât mai mult cu cât cazul e mai grav. Simtomele evoluează într'un mod rapid, perzistă puţine zile cu oare-care intensitate şi dispar complect. Ca etiologie tiroidita se observă în urma influenţei şi a reumatismului articular. In rezumat la 6 subiecţi observate de autori tiroidita a fost precedată de leziuni a aparatului respirator. Tratamentul a consistat în aplicaţii locale de Tinct. de iod şi iod la interior. Toate 7 cazuri s'au vindecat. Pronosticul ar fi favorabil dacă n'ar exista raporturi între tiroidita ei maladia lui Bassedow după cercetările lui Guervain.

ABADIE (Dran). — **Absenţa congenitală a vaginului; laparatomie de control; creaţia unui vagiu pe cale perimată cu grefe Turch.** (Comunic la XXI-a Congres al Asociaţii franceze de chirurgie, Paris, 1908, 5—10 Oct.). Autorul raportează observaţia unui femei de 18 ani cu absenţa complectă a vaginului. N'a avut menstrui nici odată dar acuza fenomene dureroase şi congestive perioadice. Făcând laparotomia a găsit trompele şi ovarele normale. Trompele se terminau prin 2 umflături care reprezentau originea dublă şi nesudată a uterusului. Pentru refacerea vaginului face o incizie perinală ei deslipeşte rectul de vagin. Această cavitate a fost căptuşită cu grefe Tiersh aplicate asupra unui gros „mandrin". Epidermizaţie complectă cu uşoare corectări. Noul vagin are o profunzie de 0.12 cm. Autorul crede necesar dilataţii cotidiene pentru a împedeca retracţia cavităţei. El crede acest procedeu superior tuturor celorlalte.

Pozzi (Paris). A creat de două ori vaginuri artificiale prin autoplastii. El a întrebuinţat un lambou autoplastic care refăcea un părete posterior şi furcheta „vulvară". Insistă asupra necesităţii de a face să poarte femeia o perinuţă perineală prevăzută de un „mandrin de cauciuc".

Roux a încercat în 2 cazuri de a căptuşi vaginul rău format cu mucoasa desecată a celor 2 buze mici. Rezultatul a fost bun.

San Martin (Madrid) a recurs şi el la procedeu autoplastic aplicând un lambou pe peretele anterior şi un altu pe cel posterior şi în intervale grefe Tiersch.

Fournier (Amiens) a recurs într'un caz la dedublarea buzelor mici. Dilataţia progresivă a dat un bun rezultat.

Peraire (Paris) a refăcut un vagin artificial prin autoplastie şi a reuşit să stabilească comunicaţia cu uterul. Regulele dădeau scurgere sângelui printr'o găurice feleformă. Succes complect cu dilataţie.

O. von FRIESCH (Viena). — **Operaţia lui Gleich şi valoarea sa în tratamentu piciorului plat.** (*Aach. für Klen Chir.* 1908, tom. LXXXVII, fasc. 2 p. 324 — 351 cu 7 bis). Această operaţie uşor modificată a fost practicată de 18 ori la clinica lui von Eiselsberg din care de 13 ori la ambele picioare. Pe 15 bolnavii operaţi de 2 ani, 10 sunt complect vindecaţi. 3 sunt foarte amelioraţi dar resimt încă oboseală şi chiar durere.

Operaţia consistă într'o incizie oblică la un lat de deget înapoia maleolei, interesând toate părţite moi până la os. Cu dalta se practică o osteotoime a calcaneului. Se incizează periostu feţei interne şi se mobilizează fragmentu în jos şi înăuntru. Ţinându-se fragmentul în această poziţiune se fixează printr'un cuiu, de corpul calcaneului. Sutură fără drenaj. Aparat gipsat. După 10—15 zile se extrage cuiul şi se aplică un nou aparat gipsat. După 6 săptămâni se poate considera ca vindecat.

ISAJA (Roma). — **Un nou procedeu de rezecţie ortopedică a cotului.** (Il policlinico *Sezcone Chirurgica*, 1908 fasc. 8, August, p. 364 — 376 şi fasc. 9 Sept. p. 397 — 402 cu 4 fig.). Procedeul aplicat de autor consistă într'o incizie arciformă cu concavitate a superioară scoborându-se sub articulaţie. Disecţia acestui lambou musculo-aponevrotic până la olecran. Secţiunea oblică a olecran şi ridicarea lamboului. Rezecţia suprafeţelor articulare. Fixarea între suprafeţele rezecate, a lamboului aponevrolic la ligamentele laterale şi la capsula articulară. Fixarea olecranului prin cui la faţa posterioară a cubitusului rezecat. Acest procedeu a fost aplicat cu succes, la un om atins de ankiloză vicioară cu fractură luxaţia cotului îndărăt.

DR. P. ANGHEL

RICHELOT. — **Despre tratamentul medical al afecţiilor pelviene** (pag. 390 *Bulletin de l'Acad. de Méd.)* După Richelot cel mai bun tratament în infecţiile micului basin şi în congestii uterine este hidroterapia caldă. M. U.

PROCA şi FARBERT. — **Rezecţiunea apendicelui în cursul apendicitei cronice.** pag. 505. *Presse Médicale.* Apendicita cronică poate întreţine o enterocolită şi în acest caz numai suprimarea apendicelui poate să permită colonului de a reveni în starea normală. M. U.

Dr. ALEXIS CARREL. — **Nephextomia dublă si reinplantaţia unui rărunchi.** (Aus Rockefeller. Institut in New-Iork). *Archiv. für Klinische. Chirurgie.* Bd. 88·

Cu rinichii au fost făcute până în prezent următoarele încercări: Transplantaţii autoplastice, homoeoplastice şi heteroplastice. 1. Rezultatele transplantaţiei autoplastice sunt în scurt următoarele; din punct de vedere chirurgic transplantaţia este posibilă şi secreţia rinichiului transplantat este secreţiei rinichiului normal aproape analoagă; valoarea funcţiei acestui rinichi fu necunoscută de la toate încercările făcute pe lângă rinichiul transplantat se aflară şi în altul normal.

2. Transplantaţia homoeoplastică (Transplantarea unui rinichi de la un animal pe un alt animal de aceiaşi specie). Rezultatele momentane fură satisfăcătoare. Rezultate definitive lipsesc încă, de oare-ce animalele la care se făcură aceste transplantaţii, muriră în urma diferitelor complicaţii.

3. Transplantaţia heteroplastică (Transplantaţia unui rinichi de la un animal la un altul de altă specie). Rezultatele obţinute au fost toate negative si este posibil că aceasta la animale ce stau pe o treaptă zoologică mai îndepărtată este aproape imposibil. Totuşi sentinţa ultimă nu se poate da căci nu este exclus un rezultat satisfăcător cu perfecţionarea technicei.

Rezultatul obţinut de autor în încercările sale sunt următoarele: Metoda întrebuinţată să rezumă în extirpaţia rinichiului stâng, prepararea acestui rinichi şi a regiunei renale corespunzătoare pentru reinplantaţie; reinplantaţia, extirpaţia rinichiului drept, închiderea cavităţei abdominale. Extirpaţia rinichiului al II-lea poate avea loc îndată după extirpaţia celui întâiu, sau după aproape 2 săptămâni. Operaţia fu făcută la câini.

Indată după extirpaţia rinichiului stâng, se spală cu ajutorul soluţiei lui Locke prin injecţie în capetile arterei şi vene renale preparate sângele coagulat din vasele renale. (Soluţia lui Locke: Natriumchlorat *9,0*, Calciumchlorat *0,24*, Kalumchlorat *0,42*, Natriumbicarbonat *0,2*, Glucose *1,0*, Apă *1000,0*) Apoi capetele vaselor renale sunt unse cu puţină vaselină, apoi după metoda cunoscută fu cusătura capetelor renale corespunzătoare efectuată; în acelaş mod fu efectuat şi cusutura capetelor urethrului, apoi restul operaţiei după regulile obişnuite terminat. Apoi acestui act urmează ca sus arătat sau îndată sau după un interval de 2 săptămâni extirpaţia rinichiului drept. Din 6 operaţiuni efectuate ca mai sus, muri numai un câine la urmările directe ale operaţiei; iar 4 din ei muriră din complicaţii ca: Tuberculoză, Pyelitis, Hydronephrosă. Al 6-lea câine trăeşte şi să găseşte în luna a 8-a de la operaţie în o stare de sănătate perfectă. Din aceste rezultate se poate constata că technica transplantaţiei renale este în prezent destul de satisfăcătoare ca complicaţiile ce ar rezulta din partea vaselor renale să fie înlăturate, şi cu toată întreruperea temporară a circulaţiei renale (în încercările sale până la 50 minute) şi a tăerei nervilor renali, rezultatul a fost păstrarea funcţiunei organului reinplantat timp de 8 luni de la operaţie.

DR. GRIGORIU C.

Dr. H. RIEDEL. — **Osteotomie a osului cuniform I la Halux Volgus.** *Archiv. für Klinische Chirurgie* Bd. 88.

Maladia Halux Volgus este foarte răspândită, asupra etiologiei acestei boli, nu domină încă lumină complectă. In tratatele mai vechi este ca etiologie a maladiei Halux Valgus, purtarea de încălţăminte nepotrivite cu piciorul. In publicaţii mai recente se dă ca cauză că această maladie se poate moşteni şi existenţa ei poate fi de natură congenitală. Ast-fel se explică poate faptul (după cum Klar susţine) că Halux Valgus foarte pronunţat se întâlneşte şi la populaţia de la ţară la care încălţămintea nu poate juca rolul principal. Faptul că Halux Valgus întovărăşeşte adesea un pes planus poate explica provenienţa celui întâi prin aceleaşi cauze ce provoacă un pes plan. După Clarke sunt momente ce predispun la această maladie, aşa slăbiciune congenitală a muşchilor piciorului, a oaselor şi articulaţielor.

Maladia este mai răspândită la femei ca la bărbaţi. Terapia conservativă se poate aplica numai în cazurile uşoare. In cazurile grave unde deformaţia şi durerile sunt înaintate trebue aplicat un tratament operativ. Intre metoadele efectuate până în prezent este aceea a lui Schede, Hueter, Rose, Heubach, Reverdin, şi altele.

Autorul descrie metoda sa deşi există o sumă altele, dar nici una din acestea nu dau un rezultat satisfăcător, prin faptul că poziţia de adducţie a osului metatarsal I rămâne neschimbată. Metoda constă în următoarele: din primul os cuneiform se reseacă o porţiune în formă de triunghiu cu baza îndreptată în afară, cu aceasta se îndreaptă adducţia osului metatarsal I şi ia o poziţie paralelă cu osul metatarsal II, spaţiul interosseum între oasele metatarsale I şi II devine mai mică. Prin keilosteotomia cinciformului I, metatarsul I se apropie ceva de calcaneu, fapt ce tendomului muşchiului extensor halucis longus este bine venit, de oare-ce prin scurtarea aparentă a lui se opunea la întinderea degetului.

In sfârşit oasele sesamoideae trebue să încline spre partea medială de oare-ce în spaţiul interasseu nu mai au loc.

Technica operaţiei este aceasta: Prin o tăetură longitudinală la marginea internă a piciorului se poate prepara articulaţia dintre os cuneiforme I şi os metatarsus I. Băgând de seamă a nu tăia inserţia tendonului muşchiului tifialis anticus se resecă cu o daltă potrivită o porţiune din os a cărei mărime variează de poziţia de dducţie a metatarsului. După îndepărtarea porţiunei resecate se taie asemenea şi colţul de din afară a bazei metatarsului I. După terminarea operaţiei în modul obişnuit se fixează metatarsul I şi degetul corespunzător în poziţia dreaptă în un bandaj de gyps. Rezultatele obţinute sunt foarte satisfăcătoare. DR. GRIGORIU C.

Dr. I. VAN STOCKUM. — **Prostatectomia suprapubică extra vesicalis.** *Zentralblatt für Chirurgie.*

Prostatectomia este mai mult sau mai puţin o operaţie primejdioasă. Metodele ce astă-zi se întrebuinţează (Metoda perineală şi suprapubică) nu dau rezultate tocmai satisfăcătoare. Noua metodă ce autorul o descrie e plecată de la ideea a face prostatectomia fără deschiderea vesicei urinare. Metoda fu efectuată la doi pacienţi cu rezultat foarte bun. Operaţia este următoare: Narkoze cu chlorathyl, un catheter moale fu introdus în vesica urinară, de la rădăcina penisului în sus, mediau fură ambi musculi. Recti în linea albă despărţiţi. Cu ajutorul unui deget fu desprins ţăsutul de dinapoia symphisei făcând drum până la prostată. Ţesutul paravezical lateral fu lăsat neatins. Ceva alăturea de linia mediană fu făcută o mică incizie în capsula prostatei; prin această incisie se putu enucleia toată glandula, iar catheterul introdus în vesică servi ca călăuză. In timpul enucleaţiei fu de un asistent pe cale rectală, prostata cât mai mult în sus ridicată. Haemoragia în timpul operaţiei fu potrivită. Pentru scurgerea urinei îngriji un frain ce fu introdus în creştetul vesicei şi care în ziua a 5-a după operaţie fu înlocuit prin un catheter în urethra ce la a 12 zi de la operaţie nu mai fu necesar. Pacientul putând urina spontan.

Dr. M. HOFMAN. — **Asupra transplantaţiei de periost în tratamentul ankyloselor osoase.** *Beilräge sur Klinischen Chirurgie.*

Autorul revine asupra cazului publicat cu 2 ani înainte; asupra unui pacient cu ankyloză cubitală, la care reuşi după resecţia şi mobilisarea articulaţiei, a învăli suprafaţa oaselor rămase în urma resecţiei corespunzătoare articulaţiei mai sus arătate cu bucăţi de periost luat de la faţa anterioară a tibiei a aceluiaş individ. Rezultatul fu că astă-zi aproape 3 ani de la operaţie, pacientul poate executa aproape normal mişcările în articulaţie afară de pronaţie şi supinaţie ce nu e tocmai ca la articulaţia normală. Autorul arată apoi că periostul astfel transplantat în tot timpul rămâne în calitate de periost şi nu un simplu ţăsut fibros ce acopere articulaţia; din acest punct de vedere crede a da prioritate acestei metode altor interposiţii de ţăsuturi (grăsime, fascie, muşchi).

Asupra a 4 cazuri la care autorul efectua asemenea transplantaţii de periost ca tratament al anhylosei osoase, căpătă următoarele rezultate: 1. La o ankylosă în articulaţia genunchiului rezultatul fu nu tocmai satisfăcător; flexiunea maximală fu de 15°.

Cauza acestei insuficienţi, atribue autorul complicaţiunilor periarticulare. 2. Un caz operat în articulaţia humero-scapulară. Rezultatul satisfăcător. 3. Ankylosia fibroasă interfalangeală rezultatul insuficient, de oare-ce mişcările active din cauza insuficienţei muşchilor corespunzători nu fură posibile, mişcări active în articulaţie normale. 4. Unire osoasă între radiu şi tibia (Brückencallus) după resecţia părţei de callus intercalate, fu aplicată interposiţia de periost. Rezultatul fu foarte bun.

O necrosă a bucăţilor de periost transplantate nu fu observat. Periotul este un ţăsut ce se lasă uşor transplantat (transplanta). Cel mai nemerit loc de a lua periost este partea anterioară a tibiei (Tibiei), ce prin luarea unei mici porţiuni de periost nu se alterează întru nimic. Tratamentul postoperativ fu aplicarea unui bandaj de gyps ce după câte-va zile fu înlocuit cu mişcări active şi pasive ale articulaţiei.

Dermatologie.

MARTRIAL. — **„Râia“ Cimentului.** pag. 507 *Presse Médicale.*

„Râia“ Cimentului e o dermatoză profesională, numită ast-fel de către lucrătorii de ciment.

Acidul sulfuric şi carbonatul de calciu, cari se află în ciment în faţa umidităţii dau naştere acestei dermatoze.

Pe prescrie ca tratament o loţiune biquotidiană cu o soluţie de coaltar saponinat în proporţie de o lingură la 1 litru de apă.

Se usucă uşor tamponând şi se acoperă cu un strat de părţi egale de vaselină, lanolină, amidon şi oxid de zinc. M. U.

Fiziologie.

WEISS. — **Presiunea sanguină şi variaţiile sale în starea normală.** pag. 489 *Presse Médicale.*

Oscilaţiile presiunei arteriale se clasează:

1. Oscilaţii periodice de ordinul I-iu datorite bătăilor inimei.

2. Oscilaţii de ordinul al 2-lea, tot periodice, datorite mişcărilor respiratorii şi întinzându-se asupra mai multor oscilaţii de ordinul I-iu;

3. Oscilaţii neregulate, întinzându-se asupra mai multor oscilaţii de ordinul al 2-lea, fără ritm determinat. M. U.

Igiena

CALMETTE et ROLANTS. — **Rôle de la fosse septique** (septic Tank) **dans l'épuration biologique des eaux d'égout.** *Rev. d. Hyg. et de Police sanitaire*, No. 8, Août 1908. Autorii au întreprins experienţe prin care arată în mod clar că aşa zisele septic Tank n'au numai un simplu rol mecanic, de a asigura adică o decantare convenabilă a materiilor organice, după cum susţin Vincey şi Dserezgousky; ele sunt sediul unor reacţiuni de desintegrare a materiilor organice, având drept rezultatul disoluţia unei însemnate proporţii din acestea 30—50%.

Afară de acestea, experienţa arată că materiile organice care rămân neatacate sunt grea putrescibile; de aci rezultă că conţinutul fosselor septice e inofensiv pentru miros, şi apoi — aceasta ca concluzii practici — că se poate tolera, fără nici un inconvenient vărsarea intermitentă acestui conţinut în fluvii sau în cursuri de apă cu mare debit.

Dr. P. REMLINGER. — **L'hospitalisation des malades payant. Les „Maisons médicales“.** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 8 Août 1908.

G. DEBESSON. — **Le chauffages des Habitations.** *Revue d'Hyg. ct de Police sanitaire*, No. 8 Août 1908). Este o lucrare foarte interesantă — pentru ingineri, ctutorul el însuşi inginer, cu toate bunele intenţii de care este însufleţit în introduceri, — de a arăta adică modul de încălzire care să corespundă mai bine prescripţiilor igienice în această materie — pierde în cursul lucrărei, această preocupare. Nu ni se da astfel nici de data asta formula „mediului termic salubru“. De asemenea chestiunea ventilaţiei în legătură cu modul de încălzire al locuinţelor — problemă sanitară aşa de delicată — rămâne iarăşi nerezolvată.

M. ARMAINGAND. — **Quelles sont les causes réelles de la décroissance progressive des décès par tuberculose pulmonaire dans les vingt dernières années à Berlin, Londres, New-York, Vienne et Paris?** *Rev. d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 8, Août 1908. In ultimii 20 de ani, mortalitatea prin tuberculoză pulmonară în aceste mari centre, a scăzut în termen mediu de la 31 decese la 10.000 la 17 decese la 10.000. Lucru e foarte îmbucurător şi datorit cu deosebire observărei din ce în ce mai stricte a regulelor de igienă publică — se scuipă mult mai puţin; sanatoriile, chiar cele populare n'au dat rezultatele aşteptate.

A. GRADENWITZ. — **La protection de l'Européen contre les dangers des climats tropicaux.** *Rev. d'Hyg. et de Police sanitaire* No. 8, Août 1908. O instalație refrigeratoare, care ar produce o reducere a umidităței atmosferice și, într'un grad mai ușor, o scădere a temperaturei aerului, ar răspunde unei nevoi foarte simțite în climele tropicale așa dăunătoare sănătăței europenilor. Aceasta n'ar fi de alt-fel de cât o aplicare, mai perfecționată și mai practică a unor mijloace — evantaliuri etc., de veacuri întrebuințate de indigeni țărilor calde.

Dr. KELSCH en collaboration avec les Dr. CAMUS et TANON. — **L'immunité et l'immunisation vacinale, dans leurs rapports avec la vois de pénétration du virus; l'immunisation par les revaccinations.** *Rev. d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 9, Septembre 1908.

Dr. BERTORELLI. — **L'enseignement de l'Hygiène en Italie.** *Rev. d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 9, Septembre 1908. Dare de seamă foarte interesantă, din care se vede, pe deoparte, atenția deosebită ce se acorda studiului Hygienei în Italia, și, pe de altă parte, extensiunea din ce în ce crescândă, a aplicărei prescripțiilor higienice în această țară.

RAYMOND LETULLE. — **La valeur relative des diverses causes de contagion de la tuberculose au point de vue de la prophylaxie.** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 9 Sept. 1908.

Dr. ROQUES. — **Le carnet sanitaire personnel du soldat. Etude de législation et d'Hygiène militaires et sociales.** *Revue d'Hyg. et de Polici sanitaire*, No. 9, Septembre, 1908.

M. H. MARTEL. — **La radioscopie et la radiographie appliquées a l'inspection des viandes tuberculeuses.** *Revue d'Hyg. et de Polici sanitaire*, No. 9, Septembre, 1908.

H. LABBE. — **Diététique végétalienne. Les fruits et leur vaieur alimentaire. La banane.** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire, Revue d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 9, Septembre, 1908.

LAFFORGUE medecin-major. — **Fièvre typhoïde et bains de rivière.** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 9, Septembre 1908.

Dr. G. KUSS. — **Étude expérimentale de la transmissibilité de la tuberculose par les crachats desséchés.** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 9, Septembre, 1908. Strigăt de alarmă în contra primejdiei de contagiune a tuberculozei prin inhalație într'o vreme când, în urma studiilor lui Calmette etc., se înclină din ce în ce mai mult a se crede că ori-ce tuberculoză este de origină intestinală.

CALMETTE. — **Les nouveaux procédés, de diagnostic précoce de l'infection tuberculeuse.** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 10, Octobre, 1908. Revista generală, clinico-bacteriologică în care se insistă asupra oculo reacțiunei.

SCHNEIDER et SELIGMANN. — **Études pour l'appréciation de la valeur des désinfectants chimiques.** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire,* No. 10, Octobre 1908. In această chestiune — în special interesantă pentru bacteriologi — trebue să se ţie seamă de următorii factori: 1) Compoziţia mediilor nutritive întrebuinţate; variaţiunile rezistenţei diferitelor rase ale unei aceleaşi specii de microbi. Apoi lipsa de identitate în compoziţia produselor chimice vândute sub acelaş nume. In sfârşit, să se facă bine deosebirea între acţiunea, numai împedecătoare şi cea propriu zisă bactericidă a diverselor substanţe desinfectante.

UYAMA, USUZUKI etc. — **Sur la méthode de désinfection rapide et en masse par la vapeur d'eau et la formaline dite „méthode japonaise“** *Revue d'Hyg. et de Police sanitaire*, No. 10, Octobre, 1908.

Dr. PAUL FAIVRE. — **L'office international d'Hygiène publique.** *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, No. 11, Novembre, 1908. Această instituţie de curând înfiinţată, la Paris, are nobilul scop de a realiza o cât mai strânsă solidaritate sanitară, internaţională şi a exercita un control moral asupra tuturor instituţiilor sanitare ale diverselor state. **M. M.**

Medicina experimentală

HAENDEL şi WERNER SCHULTZ. — **Asupra proprietăţii fixatoare a serului scarlatinoşilor.** *Zeitschrift für Immunitätsforschung*, I Bd., I H. 1900.

I. *Fixaţii compl. întrebuinţând ser scarlatinos şi antigen sifilitic.* Autorii au cercetat în această privinţă serul a 48 bolnavi atinşi de scarlatină. Ca antigen a întrebuinţat 2 extracte sifilitice diferite şi un extract de ficat normal.

Autorii au observat că unele seruri fiixau alexina cu unul din extracte, şi nu fixa cu celelalte, deşi antigenele întrebuinţate fuseseră controlate. Acest fenomen a fost observat de H. şi S. şi pentru serurile sifilitice.

Serul scarlatinoşilor fixează abxina din primele zile ale boalei, în general însă îşi pierd această proprietate puţin timp după aceasta.

II. *Fixaţia alexinei întreb. un extract de un ficat de scarlatinos.* Din 48 cazuri de scarlatinoşi, reacţia a fost pozitivă în 24. Autorii au constatat însă aceiaşi proprietate şi pentru serul a doi bolnavi atinşi de rugeolă, a unui atins de tuse convulsivă şi pentru serul unui nefretic.

In aceaşi lucrare expune şi oare-cari cercetări pe cari le-au făcut cu serul sifiliticilor şi ajung la concluzia că nu este indiferent de a întrebuinţa un extract de ficat sifilitic sau unul de ficat normal, de oare-ce au avut multe seruri sifilitice cari nu fixau alexina cu un extract normal, însă împedicau complect hemolisa cu un extract sifilitic. **DANIELOPOLU**

MARTIN JACOBY. — **Asupra leucomiei găinei.** *(Berliner med. Gesellschaft,* Febr. 1909). Confirmă cercetările lui Ellermann şi Bang, cari pentru prima dată au transmis leucemia de la găină la găină.

In sângele normal de găină sunt 3 milioane de globule roşii şi 30.000 leucocyte. Formula leucocitară normală este: 20—25°/₀ polinucleare şi 70—80 mononucleare de diferite dimensiuni.

In leucemie numărul leucocytelor este mult mărit; se constată multe kariokinese.

Jacoby a inoculat cu succes intra-venos emulsie de organe de la o găină bolnavă.
DANIELOPOLU

E. MEIROWSKY.—**Asupra technicei reacției Wassermann, modificată de von Bauer.** Modificarea lui von Bauer constă în eliminarea din reacție a serului hemolytic. De oare-ce există în serul uman amboceptor hemolytic pentru sângele de oaie, este inutil de a adăoga ser hemolytic preparat.

Sunt seruri umane de adult însă în cari nu există amboceptor hemolytic sau există în cantitate minimă. In acest cas, ca și pentru reacția de fixație făcută cu serul sugaciului care nu conține hemolziune, Bauer recomandă să se adaoge o cantitate variabilă de ser uman normal.

Meirowsky a încercat comparativ technica Wassermann veche și aceea modificată de v. Bauer la mai multe grupuri de indivizi:

Grupul I. In 8 seruri de la indivizi cari n'au prezentat nici un semn de sifilis, nu s'a găsit nici o dată fixate nici după metoda lui W. nici după acea a lui von Bauer.

Grupul II. Cuprinde cazuri de sifilis dubios. Din 22 de cazuri, 9 au dat rezultat positiv și 10 negativ cu von Bauer, 8 positiv și 14 negativ cu tecnica Wassermann veche.

Grupul III. Cuprinde 6 cazuri de șancru sifilitic. Prin ambele metode s'a obținut reacția positivă în 2 cazuri, negativă în 4 cazuri.

In grupul IV intră cazurile de sifilis secundar manifest. In toate aceste cazur rezultatele obținute prin cele două metode se potrivesc.

Autorul însă nu vede că modificarea lui von Bauer să aducă o simplificare a technicei, de oare-ce prepararea unui ser hemolytic este ușoară pentru un lucrător experimentat, pe când serul normal uman pe care trebuie să-l adăogăm când nu există amboceptor hemolytic suficient în sânge, nu este ușor de avut întotdeauna.

DANIELOPOLU

MORO. — **Valoarea practică a tuberculizației percutanate cu ajutorul unui unguent cu tuberculină.** (pag. 484, *Presse Médicale*). Inocuitatea absolută a acestui fel de inoncție are un mare avantaj față de oftalmo-reacțiune.
M. U.

HAENDEL et HUNE. — **Konservierung agglutinierender Sera.** *Arb. a. d, Kais. Gesund.* 1508 t. XXIX f. 2. *bulet. Instit. Posteur.* No. 3, 1909. Autorii întrebuințează pentru conservarea serurilor o soluție de fenol în apă glicerinată 1/5, care intră în ser cam 1—2%. In felul acesta serurile anticholeric, antitific, paratific și disenteric și-au păstrat mai mulți ani proprietățile terapeutice.

O. WEIDAUG. — **Ueber die konservierung präzipietierender Sera.** *Arb. a. d. Kais. Gesundheit* t. XXIX f. 2 1908, *d. bulet. Inst. Pasteur* No. 3, 1909. Serurile precipitante să pot conserva ani întregi fără a adăuga mai un antiseptic. Autorul a mai observat că în afară de cholesterină, foarte dese-ori să fac depozite albuminoase fără ca serul să-și fi modificat proprietățile. Faptul ș'il explică printr'o autoprecipitare a serului, anticorpul ar precipita urmele de antigen rămase încă în circulaţie, mai ales când recoltarea serului să face într'un interval scurt după injecţia antigenului. In scopul de a studia mai de aproape faptul, autorul a căutat să vadă cât timp rămâne în circulaţie albumina de cal în timpul preparărei unui ser precipitant la epure. A găsit că până la 15-a zi persistă albumina, de la a 8-a zi apare anticorpul, care creşte în cantitate pe măsură ce antigenul dispare, coexistând o bună bucată de timp. Faptul că un ser de epure nou poate oferi eventual fenomene de precipitaţie, îl explică prin turburări digestive cari ar împedica asimilaţia albuminelor alimentare şi cari ar provoca formaţiune de anticorp. M. C.

RADET et P. DELANAE. — **La virulence des bacilles dans ses raports avec la marche de la tuberculose pulmonaire.** *C. R. Acad. Scien.* t. CXLVII, 1908, *d. bulet. Inst.*, No. 3, 1909. Studiind 26 vase de bac. tuberculoşi izolată de la bolnavi, au constatat o virulenţă foarte deosebită la diferitele vase, în legătură intimă şi cu mersul tuberculozei. M. C.

BAULINGER. — **La rage chez les très jeunes chiens.** *Rev. gén. hèd. vétér.* No. 143, 1908 d. *bulet. Inst. Pasteur*, No. 2, 1909. Un câne de una până la 2 luni este mult mai receptiv la turbare; incubaţia de multe ori e mai mică de o săptămână; mai mult virusul rabic trecut prin căţel îşi exagerează virulenţa atât că să comporta la epure de odată ca virus fix.

CARLO BEZZOLA. — **Ueber die sogenannten tierischen bacillen (Despre bacilii zişi animalizaţi.** *Centralbl. f. Bakteriol.* 10 Oct. 1908 d. *bulet. Inst. Pasteur* No. 2, 1909. Bail observase că, injectându-se unui cabai o doză mortală de bacili tifici introperitoneal, aceştia să înmulţesc şi după 3 ore capătă oare-cari modificări: mai groşi, rezistă mai mult la serurile bacteriolitice, mai puţin aglutinabili, Bezzola controlând faptul a observat aceleaşi modificări în vitro amestecând bacili tifici cu exudat peritoneal de cobai; cauza principală a transformărei ar fi că bacilii să înădesc cu o membrană, care s'ar proteja contra imuncorpurilor specifice. M. C.

KANAIB et W. NEDRIGALOFF. — **Contribution à l'étude de la toxine et de l'antitoxine cholériques.** *Soc. med. de Harckoff.*, 1908 d. *bulet. Inst. Pasteur*, No. 2, 1909. Pentru a căpăta o bună toxină utilizează ca mediu serul coagulat de cal pe care vibrionul să dezvoltă abundent, lichefindu-l. După 5—7 zile la thermostat serul e complect lichefiat. Vibrionii au tendinţă a da forme spirilare; reacţia rămâne alcalină. Tratându-se culturile cu cloroform şi filtrânduse să obţine o toxină, care omoară cobaiul de 250—400 grame întroperitoneal cu 0.5—0.3 c. c. şi chiar 0.1 în 24 ore, temp. 32—35°, contracturi. Hiperemie internă intestinală, capsulele suprarenale congestionate. Toxina capătă maximul de toxicitate după 25 zile; ea nu este atenuată la 70°—100°,

Neurologie şi psychiatrie

G. MARINESCO. — **La cellule nerveuse.** 2 volume. *O. Doin* Paris. Autorul care a urmărit timp de peste o decenie prin numeroase cercetări personale chestiunea celulei nervoase în starea normală şi patologică reuneşte în 2 volume apărute în Encyclopédie Scientifique“ totalul cunoştinţelor noastre din acest punct de vedere. Lucrarea aceasta devine deci indispensabilă tuturor celor ce vor dori să se orienteze asupra stărei actuale a diferitelor chestiuni de citologie nervoasă.

Primul volum se referă la celula nervoasă în stare normală şi conţine 511 pagini şi 90 figuri.

Spaţiul prea scurt al unei analize nu permite o expunere nici măcar sumară a diferitelor chestiuni tratate în aceste interesante volume. Vom spune însă că în primul găsim studiate în 15 capitole chestiunea următoare: Istoricul celulei nervoase, în care autorul ne arată rând pe rând concepţiunile ce s'au perindat mai cu seamă ralativ la legăturile dintre celule până la întronarea definitivă a teoriei neuronului.

2. Morfologia celulei nervoase. 3. Volumul celulei nervoase după talia animalului, speţia celulară, etc. 4. Structura fină a celulei nervoase în care autorul studiază chestiunea elementelor cromatofile şi pe aceea a reticulului neurofibrilor în diferitele tipuri celulare. Găsim de asemenea expuse cu detaliile necesare metodele istologice ce permit punerea în evidenţă a diferitelor puncte referitoare la structura intimă a celulelor.

Un al 5 capitol priveşte structura nucleului şi nucleolului cu granulaţiunile lor bazofile şi acidofile. Chestiunea reţelelor şi anastomozelor formează obiectul unui al 6-lea capitol. In cel următor găsim studiată problema canalicuielor endocelulare. In capitolul al 8-lea se tratează despre incluziunile celulare: granulaţiuni colorabile, centrosomul, granulaţiuni colorate (pigmentul galben, pigmentul negru, cristaloizii).

Capitolul al 9-lea se referă la embriologia celulei nervoase şi a prelungirilor ei (desvoltarea corpusculilor lui Nissl, a neurofibrilelor cilindrului ax nucleului etc.)

In alte 2 capitole găsim tratată chestiunile evoluţiunei şi nutriţiunei celulei nervoase, a senescenţei şi involuţiunei.

Fiziologia celulei nervoase cu funcţiunile neurofibrilelor, neuroplasmei şi elementelor cromatofile fac obiectul capitolului următor. Teoria polarizaţiunei dinamice face obiectul unui nou capitol.

In fine 2 capitole sunt rezervate variaţiunilor încercate de celula nervoasă sub influenţa activităţei sau repaosului a oboselei, plasticităţei şi pretinsului amiboism al acestor celule.

Inutil să mai adaug că cercetările personale a le autorului le regăsim în toate aceste capitole, structura celulei din punctul de vedere a elementelor cromatofile şi a neurofibrilelor, a nucleului şi nucleolului, a diferitelor expansiuni celulare, chestiunea „pigmentului“ şi a celor-lalte granulaţiuni desvoltarea celulei nervoase şi senescenţa ei, variaţiunile în stare de repaos şi activitate, plasticitatea celulei, toate aceste probleme au fost studiate de autor pe baza a lungi şi minuţioase cercetări pe cari le găsim în cursul anilor sub formă de comunicări la diferitele societăţi savante sau în revistele de neurologie sau în alte periodice ştiinţifice.

Dar dacă partea autorului în studiul neurocitologiei normale e considerabilă aceea ce-i revine în patologia acestei celule e încă şi mai însemnată.

Volumul al II-lea e consacrat acestei din urmă părţi.

Intre primele două capitale autorul se ocupă cu studiul reacţiunei la distanţă a neuronilor motori şi sensitivi arătând modificările însemnate ale celulei (cromatuliză perinucleară, tumefacţia celulei, excentrizarea nucleului etc.) ce apar în urma soluţiunei de continuitate a nervilor periferici.

Lucrările personale ale autorului în această privinţă sunt foarte numeroase şi bine cunoscute.

Un alt capitol nu mai puţin interesant şi în care partea de cercetări personale a le autorului e tot aşa de însemnată priveşte fenomenele de reparaţie ce urmează după cât-va timp celor de reacţiune.

Capitolul 18 e consacrat leziunilor consecutive smulgerei nervilor şi e locul să spunem că autorul e primul care a constatat precocitatea şi intensitatea alteraţiunilor acestora descriind în mod amănunţit caracterele particulare ce le prezintă.

Tot aci trebue să amintim ca autorul e primul care a făcut să treacă cunoştinţele asupra alteraţiunilor secundare din domeniul experimentaţiunei în acela al patologiei arătând prezenţa lor în nevritele periferice, fapt confirmat în urma de numeroşi observatori, de asemenea cercetările sale şi ale altor autori au demonstrat reacţiunea la distanţă în unele cazuri patologice în celulele coarnelor laterale în celulele piramidale din creer, etc. Aceste diferite cercetări fac obiectul unui nou capitol.

In cel următor se studiază alteraţiunile atrofice ale celulei nervoase.

Un interesant capitol e consacrat legei lui Waller în care găsim studiate fenomenele de degenerare şi regenerare a nervilor. Cercetările personale ale autorului sprijină din acest punct de vedere teoria neuronului stabilită astă-zi pe baze inebranlabile.

Capitolul 22 priveşte mecanismul intim al trofismului şi rolul considerabil pe care excitaţiunile funcţionate 'l au asupra nutriţiunei celulei nervoase. D-l prof. Marinescu e autorul teoriei bine cunoscute a troficităţei reflexe pe care Jules Sovry o califică de genială.

Un alt capitol priveşte turburările ce apar în urma modificărilor osmotice ale celulei nervoase şi trebue să amintim aci ca autorul a avut ideea ingenioasă de a face să varieze tensiunea intracelulară prin injecţiuni de soluţii ipotonice şi ipertonice în ganglionii sensitivi.

Capitolul 24 e consacrat studiului acţiunei agenţilor traumatici. Numeroasele experienţe imaginate de autor în acest scop fac să reiasă mai cu seamă întinsa plasticitate de care se bucură celula nervoasă mai cu seamă aceea a ganglionilor sensitivi.

Capitolul 25 ne face să azistăm la acţiunea experimentală a frigului şi căldurei, sau la acţiunea febrei asupra celulei nervoase arătându-ne modificările volumului celulei, a elementelor cromatofile, a neurofibrilelor etc. Şi aci studiile personale ale autorului au o largă parte.

In alte trei capitole găsim studiul alteraţiunilor produse de intoxicaţiunile experimentale, de origină infeţioasă alimentară (corpuri convulsivante, turbare, botulism pelagră.) In toate aceste capitole ca şi în cele următoare (asupra inaniţiunei sau asupra acţiunei combinate a inaniţiei cu diverse intoxicaţiuni) regăsim numeroasele cercetări personale ale autorului.

In capitolul 31 se studiază alteraţiunile determinate de anemia acută prin ligatura sau compresiunea arterială precum şi efectele transplantaţiunilor ganglionare asupra celulelor nervoase.

Intr'un mare capitol autorul ne expune chestiunea neuronofagiei. Se ştie că termenul îi aparţine. Cercetările sale mai recente l'au condus însă la concluziunea că fenomenele de neuronofagie nu exista de cât acolo unde celula nervoasă su combă din cauze diferite şi d-sa nu crede că în alte procese spre exemplu acela al involuţiunei senile nevronofagia are vre-un rol.

In fine în ultimul capitol se studiază alteraţiunile cadaverice ale celulei nervoase.

Adaug că acest al II-lea volum e ilustrat de 162 figuri foarte demonstrative şi că în fine o vastă bibliografie închee lucrarea.

O elogioasă prefaţă datorită lui Roman Y. Cojal celebrul istologist din Madrid, se află în fruntea primului volum.

Doritorii de a cunoaşte starea actuală a cunoştinţelor noastre asupra celulei nervoase vor ceti cu mult folos opera profesorului Marinescu, acei cari se interesează de unele din chestiunele referitoare la acelaş subiect vor găsi de sigur în ea amănuntele de cari au nevoe iar cercetătorii, cari ar voi să aducă noi contribuţiuni la studiul citologiei nervoase vor găsi inspiraţiunea pentru noi cercetări.

C PARHON

MAURICE PERRIN. — **A propos de l'exagération des reflexes rotuliens dans un cas de polynevrite.** *Revue Neurologique*, No. 5, 1909. Observaţiunea unui bolnav ce prezintă acest simptom făcând deci excepţie la regula generală.

Discutând mecanismul acestui fenomen autorul aminteşte explicaţiunea dată de Ingelraus într'un caz asemănător. Ar fi vorba de o predominenţă a fenomenelor nevritice în domeniul sciaticului. Aceasta aduce o diminuare a tonicităţei antagoniştilor quadriapsului şi ast-fel s'ar explica amplitudinea mai mare a mişcărei determinate de percuţiunea rotulei. Autorul crede că această explicare trebue admisă în parte şi în cazul său. Dar crede că în acest caz mai intervine faptul că — pentru considerente expuse în lucrare — exagerarea reflexelor a preexistat polinevritei.

C. PARHON

SICARD et GY. — **Méningite sarcometeuse à predominance bulboprotuberantielle cytodiagnostic rachidien neoplasique.** *Revue Nevrologique*, No. 23, 908. La un bolnav ce se plângea de câte-va săptămâni de dureri de cap, ameţeli, vâjâituri de urechi, turburări de auz la dreapta examenul citologic al lichidului cefalorachidian permite diagnosticul precis de meningită sarcometoasă pe care evoluţiunea ulterioară a cazului şi examenul anatomopatologic la confirmat.

In lichidul cefalorachidian s'au găsit pe lângă hematii, limfocite şi câte-va polinucleare, numeroase celule de volum considerabil, rotunjite, tumefiate, cu protoplasma granuloasă une-ori, alte-ori vasculară. In unele existau figuri de cariokineză, altere erau degenerate.

C. PARHON

A. SONQUES. — **Tumeurs cérébrales frustes (forme hémiplégique).** *Revue Nevrologique*, No. 23, 1908. In cazul raportat de autor în timp de 10 ani bolnavul a prezentat o tremurătură generalizată ce nu poate fi pusă în legătură cu tumora constatată anatomopatologiceşte. Apoi timp de 9 luni a evoluat o hemienestezie, urmată de o hemiplegie progresivă. N'au existat nici dureri de cap, nici vărsături; convulsiuni, turburări de vedere sau turburări psihice. Examenul oftalmoscopic n'a fost făcut, posibilitatea unei tumori netrăgând atenţiunea. Examenul anatomopatologic arată un gliom al creerului.

Această formă emiplegică trebue apropiată de forma psihoparalitică a lui Brault şi Loeper. Autorul citează un caz personal de această din urmă formă.

G. PARHON

RAÏMISTE. — **Deux signes d'hémiplegie organique du membre inferieur.** *Revue Neurologique,* No. 3, 1909. E vorba de fenomenele următoare: Când bolnavul e culcat pe spate cu braţele încrucişate pe piept şi cu membrele inferioare depărtate unul de altul, zicându-i a apropia membrul normal de cel paralizat, în timp ce observatorul împiedică această mişcare, se observa apropierea involuntară a membrului paralizat de cel normal.

De asemenea când bolnavul în aceiaşi poziţiune are membrele lipite unul de altul zicându-i să departeze membrul normal de cel paralizat în timp ce observatorul se opune la această mişcare, se observă de asemenea depărtarea involuntară a membrului paralizat.

Autorul constată marea frequenţă a acestor fenomene în leziunile organice ale centrilor nervoşi şi absenţa lor în isterie.

C. PARHON

LONQUES et CHÉNÉ. — **Tabes avec atrophie des muscles innervés par la branche motrice du trijumeau, le pneumo-gastrique l'hypoglosse et les racines inferieures du plexus brachial.** *Revue Neurologique,* No. 5, 1909. Autorii comunică observaţiunea unui bolnav cu această simptomatologie asociată aceleia a tabesului. Paralizia oculară simpatică era aci însoţită de dilataţia pupilei dar aceasta preexista tabesului.

Autorul discută natura acestei asociaţiuni: E vorba de o leziune nucleară sau radiculară? Ultima eventualitate pare mai probabilă. Această leziune radiculară aparţine tabesului sau unei meningite sifilitice?

Soluţiunea chestiunei imposibilă pentru un moment are importanţa din punctul de vedere practic căci rezultatele tratamentului specific sunt diferite în prima şi a 2-a eventualitate.

C. PARHON

G. d'ABUNDO.—**Simptomatologia tabetica con iperpsicrestesia consecutiva a ferita da punta del midalo spinale.** *Rivista italiana di Nevropatologia,* Fasc. 1, 1909. Observaţiunea unui bolnav ce primeşte o lovitură de instrument înţepător între a 5-a şi a 6-a vertebră cervicale. Bolnavul căzu paralizat. Dar mişcările începură a-i reveni chiar în aceiaşi zi şi manifestaţiunile paralitice din partea membrelor inferioare şi sfincterelor dispăruse repede.

Bolnavul rămase însă cu o sensaţiune de frig şi de constricţiune în partea corpului inervată de porţiunea medulară de sub leziune. Mai prezintă turburări subiective de simţ muscular. Fiind în pat i se pare că ar fi în aer. Când merge se pare că membrele sunt proectate de o forţă oare-care străină de voinţa lui. Iperestezie tactilă, termică şi la presiune. Abolirea reflexelor rotuliene, plantare şi achileene. Reflexele pupilare normale. Nu există dureri ca în tabes. Turburările de sensibilitate au mers totuşi progresând.

Simptomatologia aceasta ce aminteşte până la un punct pe cea din tabes e datorită după autor unei leziuni a cordoanelor posterioare. Senzaţiunea de frig (iperpsicrestezia, cum o numeşte d-sa) e în raport probabil cu o iritaţiune de vecinătate a coarnelor posterioare.

C. PARHON

ETTORE TRAMBUSTI. — **Contributo alla conoscenza della fine struttura dell'Ipofisi.** *Rivista italiana di Nevropatologia*, Fasc. 1, 1909. Din cercetările autorului asupra lobului posterior al ipofizei la pisică rezultă că în acest lob există celule nevroglice — cari ar avea o funcţiune antitoxică — şi un însemnat număr de fibre nervoase ce se continuă cu cele din infundibul mergând la un nucleu format de numeroase celule situat înapoia chiasmei nervilor optici. Ar mai exista în lobul posterior nişte celule granuloase descrise şi de Sandri asupra cărora autorul promite să revină într'o lucrare ulterioară.

C. PARHON

G. MARINESCO. — **Sur la nevrotisation des foyers de ramollisement et d'hemorragie cérébrale.** *Revue Nevrologique*, No. 24, 1908. Autorul examinează din punctul de vedere al regenerărei fibrelor nervoase mai multe cazuri de ramolisment, şi hemoragie cerebrală precum şi un caz de gliom cerebral. Din cercetările sale rezultă că leziunile distinctive ale centrilor nervoşi sunt urmate de un proces de neoformaţiune une-ori destul de însemnat de fibre nervoase pe contul celulelor rămase. Această neoformaţiune nu ajunge însă la stabilirea de anexiuni utile din punctul de vedere al funcţiunei şi pe de altă parte celulele distruse nu mai sunt înlocuite prin altele căci nu există o neoformaţiune celulară.

Un fapt interesant constatat de autor cu ocaziunea acestui studiu e prezenţa de fragmente de fibre nervoase în macrofagii dintr'un focar de ramoliţiune recentă (datând de 16 zile).

C. PARHON

HASKOVEC. — **Sur la valeur de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.** *Revue Neurologique*, No. 2, 1909. Observaţiunea unui bolnav atins de hemianopsie homonimă stângă, de anestezie cu alteraţiunea simţului muscular şi stereognostic de aceiaşi parte şi de o hemipareză stângă. Autorul aminteşte în scurt cunoştinţele recente asupra leziunilor stratului optic şi diagnosticează o ast-fel de leziune în cazul său. E de părere că multe din cazurile atribuite isterotraumatismului pot fi în realitate datorite unor ast-fel de leziuni.

C. PARHON

CH. SAUVINEAU. — **Pathogenie du nystagmus.** *Revue Neurologique*, No. 3 1909. Autorul stabileşte o strânsă apropiere între nistagmus, contracţiunile nistagmiforme, şi paraliziile mişcărilor oculare de lateralitate. Aceste fenomene ar fi toate datorite unei leziuni a centrilor mişcărilor de lateralitate, probabil a centrilor supranucleari.

C. PARHON

RAVIART. — **Alineaţia mintală şi reacţiunea lui Wassermann.** (pag. 565 *Présse médicale*). Reacţiunea lui Wassermann există cele mai multe ori la demenţi precoci, organici sau senili; e rară la epileptici şi absentă la demenţii vezanici.

M. U.

LAIGNEL-LAVASTINE. — **Secreţiuni interne şi psichoze.** (pag. 491. *Présse Médicale*). Larignel-Lavastine susţine că există o relaţiune strânsă între starea afectivă şi ceea a secreţiunilor interne.

M. U.

E LÉVY. — **Les psychoses puerpérales traitées à l'Asile de Bel-Air de 1901—1908.** (*Revue Médicale de la Suisse Romande*. No. 11 Novembre 1908). Psichosele puerperale sunt numai un grup etiologic, în clasificaţiile obişnuite; *mania puerperală* nu constitue o entitate morbidă. Autorii moderni sunt unanimi în a împărţi psichosele puerperale în trei grupuri: al sarcinei, al naşterei şi al lactaţiei.

Bazându-se pe studiul unui număr de alt-fel restrâns, de cazuri de la Azilul Bel-Air şi pe numeroase statistici străine, autorul ajunge la următoarele concluzii:

.I Sarcina, naşterea şi lactaţia normală, acte eminamente fiziologice, nu produc psichose la persoanele sănătoase.

II. Ele pot să activeze deşteptarea maladiilor mentale la persoane predispuse, sau să provoace recidive în formele periodice,

III. In general trebuesc luate, în primul rând în consideraţie condiţiile psichice nefavorabile în cari se pot eventual efectua aceste trei acte pur fiziologice naturale; să se ţie seamă de hereditatea psicho-patică şi de complicaţiile ce pot surveni (hemoragii, inanitie), şi să nu se acorde auto-intoxicaţiei de cât o importanţă mediocră.

CHARLES DU BOIS. — **Deux nouveaux cas de lupus tuberculeux du nez guéris par les rayons X.** (*Rev. med. de la Suisse Romande* No. 11 Novembre 1908).

M. M.

Obstetrica

BONNAIRE. — **Vărsături incoercibile ale sarcinei.** (pag. 569 *Presse Médicale*). Vărsăturile incoercibile în sarcină sunt mortale. Ele oferă trei perioade: 1-a a slăbirei, 2-a a frigurilor şi a 3-a a turburărilor cerebrale. Pacienta poate scăpa printr'o boală intercurentă sau printr'o sdruncinare nervoasă.

M. U.

Patologie internă

IOHANNES WITTE. — **Zur Erkennung und Behandlung der Pancreatitis** (Sammelreferat). *Berl. Klin. Woch.* No. 8, 1909.

Forme de pancreţite:

a) inflamaţiuni catarale:

1) catar simplu acut sau cronic;
2) catar purulent;
3) catar însoţit de litiază pancr.

b) inflamaţiuni parencltmitoase.

I acute: 1) pancreatită hemoragică,
2) „ cangrenoasă
3) „ supurativă difuză

Aceste trei forme sunt adesea combinate,

II sub-acute: abces pancreatic,

III cronice: 1) pancreatită interlobulară sau intraacinoasă,
2) ciroza pancreasului.

In majoritatea cazurilor inflamaţia începe printr'un *catar al canalului Wirsungian*, care apoi se întinde la parenchim., producând după evoluţia acută, sau cronică pe care o iea, fie un abces, fie o inflamaţie cronică urmată de ciroză.

Este incontestabil că inflamaţia unuia din *cele două canale, choledoc şi Wirsung*, cari de multe ori să întrunesc într'unul singur la nivelul ampulei lui Vater, se poate transmite la celalt. Pe de altă parte, cum în 62% din cazuri (Helly) partea distală a conductului coledoc este învelită în ţes. pancreutic, se poate pricepe acţiunea pe care o poate avea calculoză choledociană sau inflamaţia acestui canal, asupra capului pancreasului. Conductul lui Santorini nu este destul de larg deschis în duoden, pentru a putea servi de derivator suficient pentru scurgerea sucului pancreatic, care din această cauză se acumulează în conductele pancreatice.

Una din cauzele pancreatitelor mai este *litiaza pancreatică*. In afară de aceasta, *inflamaţia celoralte organe vecine* (rinichi, capsula supra-renală, stomac, intestine) se poate transmite la pancreas şi în fine pancreasul se poate inflama pe *cale metastatică*.

Pancreatita cronică (cirotică) este atribuită *alcoolismului, arterio-sclerozei, sifilisului*. Care este etiologia, patogenia, *pancreatitei acută hemoragicei?*

Intre cazurile cari aparţin acestei forme, sunt unele datorite traumatismului, altele leziunilor vasculare sau turburărilor circulatorii, altele în fine în cari nici una din aceste cauze nu poate fi incriminată.

In pancreatita hemoragică sunt două elemente ale căror moment de apariţie nu este elucidat, căci nu se poate spune cu siguranţă care din două, hemoragia sau inflamaţia a precedat.

Pancreatita acut-hemoragică, sau provoacă moartea imediat, sau se termină prin abces pancreatic sau retropancreatic.

Patogenia *necrozei acute a pancreasului* este explicată prin acţiunea fermentului lipasic difusat asupra pancreasului, această formă are o evoluţie extrem de rapidă, se face în câte-va ore.

Experimental, s'a provocat pancreatita acută hemoragică prin legătura canalului coledoc, prin legătura vaselor, embolie, prin injecţie intre-wirsungiană de bilă, suc intestinal, tripsină.

Tabloul clinic. *Pancreatita acută*, începe de cele mai multe ori brusc cu dureri în epigastru destul de violente, cu iradiaţii în tot abdomenul, une-ori mai intens către apendice.

Nu există un punct precis dureros, de oare-ce localizarea durerei depinde de locul unde este atins mai intens pancreasul, de modul cum participă peritoneul la inflamaţie, de intensitatea turburărilor în plexul solar, etc. Intr'un stadiu mai înaintat, durerea localizată la începutul boalei, în epigastru sau puţin pe lăturile acelei regiuni, se pot localiza în lombe sau în fasele iliace, după sediul suporta care une-ori este terminaţie pancreatită acută.

Fenomene generale sunt foarte grave (fenomene toxice, colaps), temperature de obicei nu trece peste normal. Moartea vine repede, după câte-va ore sau zile.

Bolnavul prezintă *vărsături biliare*, une-ori *amestecat cu sânge* (se admite că o mică cantitate de sânge din pancreas s'ar scurge prin canalul lui Wirsung în duoden).

Sunt cazuri în cari se observă petechii, hemoragii intestinală, pistaxis, fenomene explicate fie prin acţiunea sucului pancretic resorbit asupra vaselor (s. pancretic are o acţiune hemolytică), fie prin septicemi cu microbii cari se găsesc în aceste cazuri în pancreas.

Ca fenomene objective se constată *timpanism epygastric* sau întins pe tot abdomenul, constipaţie, fenomene intense cari fac să se creadă la o obstrucţie intestinală.

Se simte une-ori în repauz epigastric, la stânga sau mai rar la dreapta epigastrului o tumoră profundă, care se simte mai bine în cazurile de pancretită cronici, unde abdomenul fiind mai relaxat, bolnavul slăbit, defensă musculară încă, se poate ajunge mai profund ca palpaţie.

Cercetarea sângelui ne dă une-ori indicaţie însemnată. Se constată semnele unei anemii interne. Adesea se găseşte hiperleucocitoză.

Datele cele mai însemnate sunt date de *examenul mat. fecale şi urinei.*

In serum se constată steatoree şi lipsa de ferment tryptic, constatabil fie prin proba lui Schmidt, fie prin metoda lui Müller şi Schlecht, întrebuinţând plăcile de ser coagulat.

In urină une-ori, se găseşte glucoză; gycosuria nu se constată în toate cazurile, de oare-ce destrucţia glandei nu este complectă, cât despre reacţia lui Camidge, datorită se pare glycerinei provenite din necrosa gresoasă, că nu este caracteristică.

Ca complicaţie importantă găsim inflamaţiile de vecinătate, tromboza venelor vecine, ascită, degeneraţie grasă a ficatului. Prin importaţia emboliei de celule pancreatice sau de ferment pancreatic, se explică necroza gresoasă în diferite regiuni, ca în ţesutul gras subperitoneal, mediastinal sau subpleural.

Diagnosticul diferential a pancreatitei acute se face cu:

Obstrucţia intestinală, de care se deosibeşte prin lipsa de variaţiuni fecaloide, *apendicite*, *peritonită*, *generalizată* (timpanism generalizat), *colecisită*.

In perioada sub-acută, când există o tumoare la nivelul pancreazului, cercetările în serum ne ajută mult în diagnostic. Deasemenea în pancreatita cronică datele cele mai precise sunt formate de analisa mat. fecale. Diagnosticul între cancerul capului pancreasul şi pancreatită scleroasă cronică, nu se poate face.

Tratament. — In general tratamentul în pancreatită acută nu ajută mult; mortalitatea se ridică la 88%. In pancreatitele hemoragice laparatomie urmată de tamponarea pancreasului este indicată.

Giuleke a putut imuniza câini prin injecţia progresive de trypsină. Acest tratament s'ar putea aplica la om în cazurile în care resorpţia de trypiu la nivelul pancreasului ar fi prea mare.

Abcesele pancreatice se tratează prin evacuarea pancreasului după laparatomie,

In cazurile de pancreatită cronică, este indicat tratamentul cu pancreon sau pancreatina. S'a preconizat colecystenterostomie pentru a preveni icterul cronic prin scleroza progresivă a pancreasului.

Articolul este însoţit de bibliografie întinsă. **DANIELOPOLU.**

PETIT şi MILHIT. — **Pericardită uscată în cursul unei intoxicări cu sublimat**, p. 513, *Presse Médicale*. — Se poate observa manifestări patologice cardiace în cursul intoxicări, mai ales pericardită. Această pericardită e de origină infecţioasă, dar intră în cadru pericarditelor toxice, amicrobiene, a cărei natură şi mecanism intim nu se cunoaşte încă bine. **M. N.**

Pediatrie

BING. — **Myopathia rachitică**. (*Iahrb. f. Kinderh.* Dec. 1909). Autorul revine asupra chestiunei myopatiei rachitice şi caută a demonstra că e vorba de o manifestaţie directă a rachitismului adică independentă de lesiunile osoase sau articulare sau de inactivitatea muşchilor. Revine asupra caracterelor clinice ale acestor myopatii deja descrise în această revistă de şeful său Hagenbach Burckhardt. Din cercetările anatomopatologice ce le-a făcut, rezultă că în formele uşoare nu se găseşte leziuni microscopice apreciabile, dar în formele mai intense cu symptome pseudo-paretice şi hypotonice, se observă o alteraţie organică a fibrelor musculare. Autorul insistă asupra caracterelor acestei alteraţiuni (14 planşe) şi crede că e vorba de o metamorfoză regresivă. In ori-ce caz leziunile descrise de dânsul nu pot fi confundate cu cele ale myatoniei congenitale cum pretind Baudouin şi Forest.

GRIGORE JACOBSON.

BASCH. — **Beiträge zur Physiologie u. Pathologie der Thymus.** *(Iahrb. f. Kinderh.* Dec. 1909). La câini tineri, după extirpaţia thymusului (pe la a 2-a lună) se arătă o hyperexcitabilitate în sistemul nervos periferic, hyperexcitabilitate care se dovedeşte uşor prin examenul electric.

Autorul compară această hyperexcitabilitate de origină thymică cu tetania consecutivă extirpaţiunei parathyroidelor, şi crede că tetania de origină thymică se apropie mai mult în punctul de vedere clinic de sposmofilia sugacilor, decât cea provocată de extirpaţia parathyroidelor. Pe de altă parte tetania sugacilor se arată de obicei într'o perioadă a vieţei în care se găsesc mai des modificări în volumul şi în funcţiunile thymusului de cât alteraţii ale glandei thyroide.

Prin urmare, e probabil că în etiologia tetaniei nu intervine numai glandele parathyroide ci un grup de organe înrudite, dintre cari în primul rând thymusul.

In starea normală fiziologică, thymusul joacă un rol în creşterea corpului şi în desvoltarea systemului osos, precum şi în reacţiunile systemului nervos motor, faţă de curentul electric. Se înţelege că această funcţiune se arată numai într'o perioadă determinată a desvoltărei în primele timpuri ale vieţei. Când thymusul dispare, este înlocuit în funcţiunile sale prin alte organe.

Această lucrare se termină printr'o lungă serie de protocole ale experienţelor personale cari dovedesc cele expuse mai sus.

Mai relevăm dintre aceste experienţe, unele cari confirmă cercetările lui Quest, dovedind scăderea excitabilităţei centrilor motori cerebrali prin aplicaţia locală de tampoane imbibate cu săruri de calciu.

GRIGORE JACOBSON.

KRASNOGORSKI. — **Über die Bedingungsreflexe im Kindesalter** (reflexele conditionale în copilărie). *(Iahrb. f. Kinderh.* vol 69. p. 1).

BARON. — **der Eiweissgehalt und die Lymphozytose des Liquor cerebrospinalis bei Säuglingen mit Lues congenita.** (Conţinutul în albumină şi limfocytosa liquidului cerebrospinal la sugaci cu sifilis congenital). *(Iahrb, f. Kinderh.* vol. 69. p. 25). Autorul caută în liquidul cerebrospinal o caracteristică care să-i permită de a face diagnosticul de sifilis în cazuri latente.

Rezultatele unei lungi serii de cercetări au fost complect negative şi autorul conchide că puncţia lumbară nu poate ajuta întru nimic diagnosticul *precoce* al sifilisului congenital.

GRIGORE JACOBSON.

TSCHERNOW. — **Über akute u. chronische Bronchiektasie bei Kindern.** (Despre bronchiectasia acută sau cronică la copii). *(Iahrb. f. Kinderh.* Ianuarie 1909). Studiu clinic şi anatomopatologic cu observaţiuni personale. Nimic nou.

GRIGORE JACOBSON.

HELMHOLTZ. — **Eosinophile Blutkörperchen u. Opsonischer Index bei der exsudativen Diathese.** (Eosinofilie sanguină şi index opsonic în diateza exsudativă). *(Iahrb. f. Kinderh.* febr. 1909). Concluzii:

1. La copii atinşi de diateză exsudativă acută se observă o hypereosinofilie manifestă.
2. La copiii scrofuloşi numărul eosinofilelor este normal sau scăzut.
3. Copiii cu diateză exsudativă au un index opsonic normal sau crescut.
4. Copiii limfatici şi scrofuloşi au un index opsonic scăzut.

E regretabil că autorul nu se explică de loc asupra modului cum concepe el diateza exsudativă, scrofula şi limfatismul, cum deosebeşte, de pildă, o eczemă datorită diatezei exsudative de o eczemă scrofuloasă. Această lipsă de definiţie face că această lucrare e cu totul ininteligibilă. **GRIGORE JACOBSON.**

MEYER u. ROSENSTERN — **die Wirkung des Hungers in den verschiedenen Stadien der Ernährungsstörung.** (Acţiunea supresiunei alimentaţiei (adică dietei hydrice) în diferitele faze ale turburărei schimburilor nutritive). *(Iahrb. f. Kinderh.* febr. 1909). Autorii arată mai întâiu că postul complect la animale ca şi la omul adult (postitori) se traduce printr'o încetinare a pulsului, o scădere a temperaturei şi o scădere a greutăţei. Dintr'o cercetare la un sugaciu *normal* care a fost pus 24 ore la dieta hydrică şi pe urmă 5 zile la un regim de subalimentaţie (30 calorii pe zi) rezultă că:

a) pulsul nu e simţitor modificat;

b) temperatura nu e influenţată;

c) greutatea, după ce a scăzut brusc timp de 3 zile, rămâne pe urmă aproape staţionară. Pulsul şi temperatura, deşi normale, sunt la limita inferioară a stărei normale, ast-fel că această cercetare concordă cu experimentaţia. Autorii examinează pe urmă ce se întâmplă cu acelaş regim la copiii atinşi de turburări ale nutriţiunei.

Dintr'o serie de observaţii reiese că:

1. La copiii atinşi de dysiepsia simplă, necomplicată, precum şi la cei cu accidente de intoxicaţie alimentară, nu se observă nici o modificare a pulsului şi a temperaturei, sau se notează numai o modificare neînsemnată (în minus).
2. La copiii ajunşi în stadiul de *decomposiţie* (lui Finkelstein) lucrurile stau cu totul alt-fel. Numărul pulsaţiilor scade brusc în mod însemnat, temperatura cade sub normală. Se observă o scădere bruscă şi foarte accentuată a greutăţei şi curba după 2-3 zile nu mai are nici o tendinţă a deveni staţionară ca în cazurile precedente — une-ori aceste fenomene de collaps se pot termina prin moarte.

Concluzia practică este de a nu institui acest regim de dietă absolută la copiii ajunşi în gradul de *decomposiţie*. E absolut necesar de a se face diagnosticul exact al stadiului de turburare nutritivă în care se găseşte bolnavul, altmintrelea ne expunem la o catastrofă. **GRIGORE JACOBSON.**

ABETTI. — **Die Riga-Fedesche Krankeit.** (Maladia lui Riga-Fede). *(Iahrb. f. Kinderh.* febr. 1909). Observaţii clinice şi cercetări histologice. Autorul admite ca şi Fede că cauza principală a acestei maladii este acţiunea traumatică a incisivelor mediane inferioare asupra frenului lingual. Mai sunt şi cauze accesorii de pildă cea admisă de Guida care crede că afecţiunea survine numai când din cauza secreţiunei insuficiente de lapte, suptul este puternic şi neîntrerupt ast-fel că dinţii freacă continuu asupra frenului; o altă cauză predispozantă este un sfârc prea scurt la doică sau un fren prea scurt, sau o constituţie prea fragilă a acestui fren.

Din aceste cauze traumatice rezultă tumoarea sublinguală, leziune iritativă; pe urmă intervin bacteriile gurei şi se formează o falşă membrană. In fine se formează un ţesut fibros. Toate aceste leziuni dispar când se suprimă cauza mecanică principală (dinţii).

GRIGORE JACOBSON.

HOERNER. — **Die geographische Verteilung der Säuglingssterblichkeit in Königreich Bayern in den Iahren 1862—1900 und ihre Ursachen.** (Distribuţia geografică a mortalităţei infantile în Bavaria în anii 1862—1900, şi cauzele acestei mortalităţi.) (*Iahrb. f. Kinderh.* febr. 1909).

SCHUKOWSKI. — **Kongenitales Sarkom der Nebenniere bei einem achttägigen Kinde.** (Sarcom congenital al capsulei suprarenale la un copil de opt zile). (*Iahrb. f. Kinderh.* febr. 1909).

KASSOWITZ. — **Über Rachitis.** *Iahrb. f. Kinderh.* vol 69 p. 251. Autorul studiează aşa zisele *fenomene generale* ale rachitismului (anemie, turburări gastro-intestinale, sudori profuse, insomnie, urine cu miros amoniacal etc...) Şi arată că aceste fenomene sunt unele inconstante altele dependinte de lesiunele scheletului cari singure reprezintă lesiunea caracteristică: In ceea-ce priveşte urinele cu miros amoniacal, autorul crede că întradevăr coincidă cu rachitisnul: dar nu e exact că copii rachitici au urine amoniacole; din contră, copii devin rachitici fiind-că urinele fermentând în scutice, copii respiră continu vapori amoniacale. Urinele scuticilor sunt acide. Fermentaţia amoniacală se poate împiedica prin fierberea scuticilor. Copii respirând vapori amoniacale se găsesc în aceleaşi condiţiuni cu cei cari, timp de mai multe luni ale iernei respiră atmosfera viciată a unei cameri neaerate. Autorul a demonstrat de mult rolul aerului confinat asupra producerei rachitismului.

Hereditatea, admisă de mulţi autori moderni, joacă numai un rol predisposant. Ceea-ce se transmite prin ereditate, este o anomalie de constituţie care nu trebue identificată cu rachitismul. „Se poate vorbi de rachitism numai când din colaboraţia acestei predispoziţii ereditare cu diferitele cauze provocătoare ale rachitismului, se produc modificările caracteristice ale squeletului.

GRIGORE JACOBSON

STARCK. — **Die basophile granulation (punctierung) der roten Blut Körperchen im embryonalen Blut u. bei anämischen Zuständen im kindesalter** (Hematiile cu granulaţii basofile în sângele embryonar precum şi în stările anemice în copilărie). *Iahrb. f. Kinderh.* vol. 69 p. 264. E vorba de un fel de revistă generală cu câte-va observaţii personale. E de remarcat lipsa complectă a indicaţiunilor bibliografice franceze.

G. J.

AMBERG u. MORRIL. — **Ein Stoffwechselversuch an einem Brustkinde mit besonderer Berücksichtigung des Ammoniakkoeffizienten.** (Cercetări asupra schimburilor nutritive la un copil la sân şi în special asupra coeficienţilor amoniacali) *Iahrb. f. Kinderh.* vol. 69, p. 280.

Concluzii.

1. Influenţa unei alimentări sărace în albumină la un copil sănătos alimentat mai înnainte la sân, se traduce drintr'o creştere a coeficienţilor de amoniac.

In acelaş timp se arată şi o creştere a procentului al azotului din acid uric şi din creatină.

2. Creşterea coeficientului de amoniac este până la un oare-care punct dependinte de raportul între conţinutul în grăsimi şi conţinutul în albumină din alimentaţie (grăsimi : proteide).

3. Cantitatea minimă de albumină necesară este şi la sugaciu, cu o compoziţie potrivită a alimentaţiei, mai mică ca cantitatea de albumină care e distrusă de organism în stare de post.

4. Cantitatea de urină a unui sugaciu sănătos, reprezintată în procent din liquidul ingerat, poate varia şi poate fi chiar mai mică ca media de 68% fixată de Camerer.

5. Se pare ca cu creşterea în vârstă a sugacilor de la 1 săptămână până la a 2-a sau a 3-a lună, retenţiunea de azot în procent din azotul alimentar, precum şi azotul resorbit, scad treptat.

GRIGORE JACOBSON

SCHULTZ. — **Über die Bekämpfung der Diphterie in den Schulen** (lupta contra difteriei în şcoli) *Iahrb f. Kinderh.* Apr. 1909. Acest articol scris de un medic de şcoli nu conţine nimic nou. Autorul insistă mult asupra difteriilor latente şi asupra purtătorilor de bacili. Singur examenul bacteriologic permite de a găsi origina epidemiei şi de a izola copii cu bacili în gură. Autorul mai insistă asupra persistenţei bacililor în gura convalescenţilor şi asupra necesităţei de a le permite intrarea în şcoală numai după mai multe examene bacteriologice. De oare-ce infecţiunea se transmite mult mai uşor prin persoane de cât prin obiecte.

Desinfecţiunea trebue făcută numai după ce bacilii au dispărut din gura convalescenţilor şi persoanelor cari au fost în contact cu bolnavul. In caz de persistenţă prelungită a bacilului în gura convalescentului (6 săptămâni) autorul propune de a se permite reîntoarcerea la şcoală dar copilul să ocupe un loc separat.

GRIGORE JACOBSON

LÖVEGREN. — **Die Lörchelintoxication. (Intoxicaţia prin o varietate de ciuperci: Gyromitra s. Helvella esculenta).** *Jahrb. f. Kinderh.*, Apr. 1909. Un caz cu autopsie şi examen istologic al organelor — Revistă generală a chestiei.

G. T.

GÖTT. — **Uber einen seltenen Lähmungstypus nach Geburtstrauma (hämatomyelie). (Despre un typ rar de paralizie consecutivă traumatismului obstetrical: hematomyelie).** *Jahrb. f. Kinderh.*, Apr. 1909. Când hemoragiile intrarachidiane nu sunt imediat mortale — cum se întâmplă când îşi au sediul în părţile profunde ale măduvei — ele se traduc printr'un aspect clinic bine caracterizat: paralizie flască a jumătăţei inferioare a corpului cu atrofie totală a muşchilor mai legaţi; turburări întinse ale sensibilităţei; aboliţia reflexelor; diferite deformaţiuni ale coloanei vertebrale, turburări vesuale, şi une-ori anomalii ale tipului respiratoriu. Une-ori copiii sucombă în urma unei cholecystite. Aceste simptome sunt mai puţin datorite hemoragiilor intramedulare de cât a îngroşărei enorme a meningelor (provocată de hemoragii) cari comprimă cea mai mare parte a rădăcinelor nervoase destinate jumătăţei inferioare a corpului.

GRIGORE JACOBSON

MOLL. — **Die Klinische Bedeutung der Phosphorausscheidung im Harn beim Brustkind. (Valoarea clinică a eliminărilor phosphorate în urină la copilul la sân).** *Jahrb. f. Kinderh.*, Febr. Martie şi Aprilie 1909. După o expunere a istoricului şi a metodei de cercetări autorul îşi propune de a studia eliminările fosforate la copiii suferinzi de turburări gastrointestinale.

Copilul normal la sân elimineazâ zilnic 10—20 miligr. Ph^2O^5 (adică vre-o 0,0005 la 10 centim. cub. urină).

Urinele sunt *sărace în fosfor* când eliminările variază între 0,0015 şi 0,005 Ph^2O^5 (în 10 cc.). — Urinele sunt *bogate în fosfor* de la 0,005 Ph^2O^5 în sus.

In cazuri de gastro-enterite grave s'a putut observa urine conţinând până la 0,02 Ph^2O^5 în 10 cc.

In urinele sărace în Ph. mai tot fosforul este anorganic; din contră în turburările gastro-intestinale grave se observă o diferenţă mare între fosforul total şi fosforul anorganic, diferenţă care depinde de creşterea fosforului organic.

A. *Cercetări la copilul normal la sân.* Cantităţile de Ph. sunt, cum am văzut aproape nedosabile. Copilul normal nu elimineazâ deloc fosfor organic. Tot fosforul alimentar resorbit este utilisat.

B. *Cercetări la copiii la sân bolnavi.* Chiar cu turburări gastro-intestinale neînsemnate, fosforul augmentează, fie că fosforul alimentar nu este utilizat în totalitate, fie că se distruge substanţa corporală. Eliminările fosforate merg paralel cu intensitatea turburărilor gastro-intestinale; urina poate servi ca control, şi tratamentul poate fi socotit ca bun când alimentele sunt dozate ast-fel ca urina să prezinte caracterele urinelor normale.

a) Cazuri de turburări uşoare ale nutriţiunei: rezultă din observaţiunile autorului că copilul la sân dyspeptic elimineazâ prin urină cantităţi de Ph^2O^5 mai mult sau mai puţin abundente, şi că aceste cantităţi pot fi micşorate sau chiar suprimate după o dietă idrică de 24 ore sau după o reducere a numărului supturilor sau după evacuarea artificială a intestinului. Dacă turburarea digestivă a dispărut şi dacă copilul evoluează normal, eliminările fosforate rămân scăzute. Dacă turburările gastro-intestinale persistă sau recidivează, eliminările se urcă din nou.

b) Cum se comportă eliminările fosforate la copilul la sân normal pus la dietă (post sau dietă hydrică).

Dacă copilul sănătos e pus la post şi dacă inanitia nu atinge un grad excesif, eliminările de fosfate prin urină sunt nule sau minimale.

Din cercetările autorului rezultă următoarele concluzii practice:

1. Când un copil la sân progresează bine, creşte regulat în greutate, nu prezintă semne morbide şi nu elimineazâ prin urină fosfate sau elimineazâ numai urme de fosfate, *copilul e sănătos.*

2. Când un copil scade în greutate, ia cantităţi de lapte insuficiente şi nu elimineazâ fosfate sau elimineazâ numai urme de fosfate prin urină, *acel copil posteşte.*

3. Când un copil rămâne staţionar în greutate sau scade şi, luând cantităţi în aparenţă insuficiente de lapte, elimineazâ fosfate în abundenţă prin urină, acest copil prezintă *turburări ale nutriţiunei.*

In cazul 2 dacă se augmentează cantităţile de lapte, copilul va continua a elimina fosfaţi în mică cantitate şi va creşte în greutate.

In cazul 3 din contră, dacă se augmentează cantităţile de lapte, fosfatele vor creşte în urmă şi fenomenele morbide se vor acuza, copilul scăzând încă mai mult în greutate.

Când se schimbă doica, dacă în primele zile cantitățile de fosfate din urină cresc, prognosticul e defavorabil, el e favorabil în caz contrar.

c) Cazuri de turburări nutritive grave (cronice) și influența schimbărei de alimentație (schimbare de doică) asupra prosperărei copilului și asupra conținutului în fosfor al urinelor.

Și în schimbările nutritive grave se observă după cum arată autorul prin numeroase observații, augmentarea fosforului urinar în caz de persistență a fenomenelor patologice, și scăderea sau dispariția fosfatelor când turburările tind spre vindecare. De unde rezultă următoarele concluzii practice:

1. Prognosa unei schimbări de doici e cu atât mai favorabilă cu cât fosfatele dispar mai repede din urmă și invers. Prognosticul cel mai favorabil este când chiar după 24 ore se observă o scădere însemnată a fosfaților urinari.

2. O stare staționară prelungită a greutăței, și o proporție mare de fosfați în urină în mod prelungit, în cursul unor turburări digestive cronice, ne îndreptățesc a încerca cu o schimbare de doică.

d) Eliminările de fosfor în urină în gastroenteritele acute grave ale sugacilor.

In perioada de acmé a boalei se observă eliminări foarte însemnate de fosfor, pe când aceste eliminări scad repede când alimentația e suprimată și copilul pus la dietă hydrică. In convalescență, eliminările de fosfor rămân scăzute.

Când se reîncepe cu alimentația la sân, se poate întâmpla ca fosfații să crească în urină, dar dacă boala evoluează spre bine, fosfații scad din nou.

Când gastroenterita e gravă și evoluează spre moarte, dieta hydrică nu face ca fosfații să dispară din urină nici cantitatea lor să scadă.

Ca concluzie practică: prognosticul unei gastroenterite acute este grav când după o dietă hydrică de la 1 până la 2 zile, fosforul urinar nu e scăzut în mod simțitor; din potrivă, acest prognostic este cu atât mai favorabil cu cât limita inferioară a eliminărilor fosforate este atinsă mai de timpuriu în urma dietei hydrice.

Pe de altă parte în cazurile cu terminație fatală se observă o diferență însemnată între fosforul total și fosforul anorganic, diferență care se poate datori numai fosforului organic. Prin urmare prezența a unei cantități însemnate de fosfor organic în urină este un semn prognostic defavorabil.

Terminând, autorul mai examinează încă raportul $Ph^2 Az : A_2$ în urina copiilor la sân sănătoși și bolnavi.

Din cercetările sale rezultă că pe când la copilul sănătos se observă raporturi de 1 : 16 până la 1 : 23, raporturi cari la copilul sănătos *postind* pot ajunge până la 1 : 29, la copilul bolnav se observă cifre mult mai scăzute adică până la 1 : 2,8.

Raporturile ridicate la copilul sănătos trebuesc atribuite faptului că în proporție cu azotul se eliminează mult mai puțin acid fosforic în urină ca la copilul bolnav.

GRIGORE JACOBSON.

Teraupetica

Formulaire des Médications nouvelles pour 1909, par le Dr. H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris; préface de H. Huchard, de l'Académie de Médecine, 1 vol. in-18 de 300 pages, avec figures, cartonné: 3 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

„La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en

médications.“ Telle est l’idée que j’ai toujours suivie dans mes volumes de *Consultations médicales*.

Vivant à l’ombre des doctrines régnantes, comme elles les médications se fortifient, se transforment, se complètent incessament, de sorte que le practicien a besoin d’avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail, toujours à portée de sa main, à côté d’un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 300 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu’il faut savoir au point de vue pratique sur les médications acides, anesthésiques, antifébriles, antiinfectieuses, antinévralgiques, et antirhumatismales, antisyphilitiques, et antituberculeuses, sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, ioniques, sur les diverses opothérapies, la photothérapie, la serothérapie, les sérums antidiphtérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels, etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà! Et je suis doublement heureux et fier de le présenter aux médecins. Il émane d’un membre de ma chère famille médicale, puisque l’auteur a été autrefois mon interne très distingué dans mon service d’hôpital. Il obéit à cette idée maîtresse qui a régi tous nos travaux, toutes nos actions, et que nous avons résumée dans cette phrase: „De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.“

C’est là le seul secret du succès de toutes les œuvres qui s’inspirent de la même pensée, savent allier la brieveté à la clarté; c’est le secret du succès considérable du frère ainé de ce livre, du *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon, arrivé à sa 21-e édition! Tel sera celui du docteur Gillet sur les médications nouvelles que j’ai l’honneur de présenter aux praticiens, et que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades.

H. HUCHARD.

HALLOPEAU şi ROLLIER. — **Despre cura solară directă în staţiunile de altitudine.** *Bulletin de l’Acad. de Méd.* E demonstrat că lumina solară exercită direct o acţiune puternică asupra fiinţelor vii.

Ea e microbicidă, oxidantă, reducătoare analgeziantă sclerogenă, şi modificatoare a mediului. Acţiunea e mai puternică la munte ca la şes. La munte influenţa acţiunei solare se adaogă la influenţa tonică şi reconstituantă a înălţimei localităţii.

M. N.

CARRON DE LA CARRIÈRE. — **Apele minerale în tratamentul sifilisului.** *Presse Méd.* p. 155. Apele sulfuroase joacă un mare rol în tratamentul sifilisului.

Mercurul cu care se tratează se transformă în corpul omului în albuminate de mercur. Apele sulfuroase fac solubile aceste corpuri; aceste ape previn sau vindică fenomenele de intoxicaţie cu mercur căci provoacă o eliminare repede a mercurului.

M. N.

BOVERI. — **Viscozitatea sângelui şi iodul.** *Presse Médicale,* p. 499. Iodul micşorează viscozitatea sângelui, de aceia iodul are efecte bune în bolile sistemului cardio vascular.

M. N.

Anul V, No. 3. Martie 1909. Volumul I.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. AL. P. ROBESCO
De la Faculté de Médecine de Paris. — Ancien Interne des Hôpitaux de Blois et de Laon

Des moyens employés
pour
Combattre la mortalité Infantile

Généralités

La question de la mortalité infantile a pris ces dernières années une très grande importance. Médecins et hygiénistes, philanthropes ou hommes d'État s'en sont préoccupés à divers titres, et ont cherché la meilleure solution qu'il conviendrait d'apporter au problème. La mortalité infantile reste cependant encore énorme. Elle est une des causes principales de la dépopulation, ce danger menaçant de beaucoup de sociétés modernes.

D'après les statistiques de M. Bertillon, il meurt en France par année en moyenne 145.000 enfants de 0 à 1 an.

Et si l'on compare le nombre de décès au nombre des naissances, le rapport de M. Bertillon nous apprend que sur 1.000 naissances il y a eu, de 1888 à 1893, une moyenne de 169 décès d'enfants de 0 à 1 an, de 1894 à 1898, une moyenne de 161 décès d'enfants de 0 à 1 an, et de 1898 à 1902, une moyenne de 134, décès d'enfants de 0 à 1 an. Comme on le voit cette moyenne va en diminuant et cela à la suite des différentes mesures d'assistance qu'on a prises pour combattre la mortalité infantile.

MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph (1) ont établi que, pour les années 1892 — 1897, la mortalité moyenne des enfants de 0 à 1 an, comparée à la mortalité totale, a été de 166,2 pour 1.000. En l'année 1897, elle a été plus considérable encore, et dans certaines localités elle est devenue véritablement effrayante.

---

(1) Balestre et Giletta de Saint-Joseph. *Mortalité de la première enfance dans la population urbaine de la France de 1892 à 1897.* Doin, 1901.

C'est comme on le voit aux premiers moments de la vie que l'individu est le plus menacé par la mort.

Voici les chiffres fournis par le ministère du Commerce relativement au mouvement de la population et relatés par M. Budin (1), qui donnent la proportion annuelle des décès par 1000 habitants de chaque groupe :

De 0 à 1 ans il en meurt	202
„ 1 „ 4 „ „ „ „	20,8
„ 5 „ 9 „ „ „ „	4,6
„ 10 „ 19 „ „ „ „	4,2
„ 20 „ 29 „ „ „ „	7,4
„ 30 „ 39 „ „ „ „	8,8
„ 40 „ 49 „ „ „ „	11,7
„ 50 „ 59 „ „ „ „	19,2
„ 60 „ 69 „ „ „ „	40,8
„ 70 „ 79 „ „ „ „	96,7
„ 80 „ 89 „ „ „ „	193,7
„ 90 ans et au-dessus	260

Ainsi, 1000 enfants de 0 à 1 ans produisent 202 décès, alors que 1000 adolescents de 10 à 19 ans n'en fournissent que 4, et que même 1000 vieillards de 70 à 79 ans n'en donnent que 96, soit la moitié moins.

Or, si la mortalité des enfants de 0 à 1 an est tellement considérable qu'elle dépasse de beaucoup la mortalité moyenne de tous les autres âges de la vie, même celle des nonagénaires, la cause en est :

1. Dans l'abandon plus ou moins complet des enfants par leur mère, et surtout dans le remplacement de l'allaitement naturel par l'allaitement artificiel ;

2. Dans l'inobservation, par nègligence ou par ignorance, des règles de l'hygiène générale, et principalement des règles de l'alimentation, inobservation qui entraîne le développement de certaines maladies, la diarrhée surtout.

Le but à atteindre pour diminuer la mortalité infantile est donc avant tout, d'apprendre aux femmes leur rôle d'éleveuses d'enfants, c'est-à-dire les règles de l'hygiène alimentaire du nouveau-né.

---

(1) Budin. *Manuel pratique d'allaîtement.* Paris, 1907, p. 227.

Pour les mères de demain, il serait à souhaiter qu'elles apprissent non seulement à lire, à écrire et à compter, mais aussi la manière d'élever un enfant. Il faudrait qu'une place réelle soit accordée à l'hygiène dans les programmes de l'enseignement, et qu'à partir de quatorze ans, toutes les fillettes, sans distinction de classe ni de rangs, connussent les grands principes de l'hygiène infantile au même titre qu'elles savent les rudiments de l'histoire ou de la géographie. Instruites, ces jeunes filles comprendront la grandeur et la difficulté de leur tâche future ; devenues mères, elles seront moins empressées à confier leurs enfants à des mains mercenaires, et nourrissant elles-mêmes leurs enfants, elles ne commettront plus les lourdes fautes qui sèment la mort chez les enfants du premier âge.

I.

Consultations de nourrissons et gouttes de lait

But. Le but des consultations de nourrissons est de surveiller médicalement le développement des enfants du premier âge et de donner à la mère ou à la nourrice un enseignement et des conseils tels qu'elle puisse maintenir ou ramener à l'état normal son nourrisson et qui porteront donc sur :

1. *L'accroissement des nourrissons.* — Le meilleur critérium de la bonne santé d'un enfant, c'est son accroissement régulier. Et pour avoir sur cet accroissement des renseignements objectifs toujours comparables entre eux, il faut mensurer et peser l'enfant.

L'enfant, qui aussitôt après sa naissance a diminué de poids, regagne en sept jours environ ce qu'il a perdu, puis il s'accroît de telle façon que, s'il pèse 3.250 grammes en venant au monde, il arrive à :

peser	4.000	grammes à la	fin du	premier	mois
„	4.700	„	„	2°	„
„	5.350	„	„	3°	„
„	5.950	„	„	4°	„
„	6.500	„	„	5°	„
„	7.000	„	„	6°	„
„	7.450	„	„	7°	„
„	7.850	„	„	8°	„
„	8.200	„	„	9°	„
„	8.500	„	„	10°	„
„	8.750	„	„	11°	„
„	9.000	„	„	12°	„

Cet accroissement ne se fait pas toujours de la même manière, rapide au début, de 30 grammes par jour pendant les deux premiers mois, de 25 grammes le troisième et quatrième mois, il devient moins considérable au fur et mesure que l'enfant avance en age; il n'est plus que de 20 grammes au cinquième et sixième mois, de 15 grammes par jour au septième et huitième mois, de 10 grammes les quatre derniers mois de l'année.

Ces chiffres sont les moyennes dont devra se rapprocher le graphique d'accroissement de tout nourrisson.

La pesée hebdomadaire n'est du reste pas le seul guide que devra suivre le médecin. Un enfant qui augmente de poids mais qui vomit, qui a des troubles dyspeptiques n'en est pas moins malade.

L'accroissement du poids est un moyen d'appréciation qui n'a de valeur qu'accompagné de symptômes parallèles. Le médecin devra donc examiner chaque enfant, considérer son état général, son facies; il ne devra jamais manquer de s'inquiéter de l'état des selles qui devront être normales en volume, consistance et couleur.

Si chaque semaine un enfant est ainsi surveillé, il est impossible qu'un trouble de développement passe inaperçu; et les malaises sont traités aussitôt éclos bien avant qu'ils deviennent véritablement maladies. Tout besoin de l'enfant est immédiatement perçu et son alimentation modifiée en conséquence.

2. *La ration alimentaire des nourrissons* ne doit pas être fixée à l'aveugle; elle doit être établie sur des bases scientifiques. Beaucoup trop de mères se fondent pour nourrir leur enfant, sur l'appétit qu'il manifeste, sans songer qu'il y a des enfants gourmands qui boiraient continuellement, des enfants dyspeptiques qui boivent parce qu'ils ont soif et non parce qu'ils ont faim, et que d'autre part il y a des enfants paresseux qui tettent peu et s'endorment en tétant. Une pareille base d'alimentation ne peut donc mener qu'à des désastres Aussi faut-il se fonder sur d'autres données.

Le véritable critérium, c'est de tâcher de subordonner la ration alimentaire aux dépenses de l'organisme. Or, chez l'enfant sain, la ration alimentaire répond à deux besoins: à l'entretien de l'organisme et de la chaleur animale d'une part, à l'accroissement du corps d'autre part. La ration de l'accroissement exige, d'après les travaux du professeur Maurel (de Toulouse), 10 calories par kilogramme d'enfant; celle de l'entretien de l'organisme, 65 calories par kilogramme d'enfant. Total: 75 calories par kilogramme d'enfant.

Or 100 grammes de lait de femme assurent au nourrisson 75 calories, c'est-à-dire à peu près la quantité des calories nécessaires par kilogramme de poids. Cette dose de 100 grammes de lait par kilogramme d'enfant est une dose moyenne pour une température de 15° ; c'est le chiffre autour duquel le médecin devra tâtonner, se tenant toujours au-dessous plutôt qu'au-dessus. Certains facteurs peuvent faire augmenter la ration des nouveau-nés. Les débiles, les enfants pesant moins de 3.000 grammes, les enfants maigres perdant proportionnellement plus de chaleur ont besoin d'une ration plus forte. Au contraire les enfants plus âgés, les gros enfants, les enfants gras auront pour la raison inverse leur ration diminuée. L'été la ration doit être diminuée d'un sixiéme, l'hiver elle doit être augmentée de la même quantité.

3. *Les tétées* doivent être réglées, comme nombre, comme heure, comme durée. Il faut mettre un intervalle au moins de deux heures et demie entre les repas, ne pas dépasser à chaque tétée 70 grammes et atteindre dans les vingt-quatre heures, environ 100 grammes de lait par kilogramme d'enfant, soit environ 350 grammes pour un nourrisson de 3 kgr. 500 grammes. Les heures de tétées doivent être choisies de telle façon, qu'elles tiennent compte du bien-ètre des nourrisson et des obligations de la vie pour la mère, celle-ci devant à la fois nourrir et vaquer autant que possible à ses autres occupations. La tétée doit durer le moins longtemps possible. Il est mauvais que l'enfant s'amuse au sein et encore plus mauvais qu'il y revienne plusieurs fois. Il faut autant que possible habituer les enfants à téter sans s'arrêter.

4. *Les consultations de nourrissons doivent être avant tout, des centres d'allaitement maternel bien conduit.* — L'allaitement maternel est le seul qui convienne absolument aux besoins de l'enfant, tant par les qualités intrinsèques du lait de femme que par les modifications parallèles de l'organisme du nourrisson. C'est le seul qui au point de vue de l'enfant, donne des résultats véritablement heureux ; les autres modes d'allaitement étant suivis de résultats plus ou moins déplorables, ainsi que le démontrent les statistiques déjà mentionnées. L'allaitement au sein doit être d'autant plus recommandé que la plupart des femmes peuvent nourrir leur enfant. Partout dans les consultations de nourrissons, la proportion des enfants élevés au sein a augmenté. Car à force de persévérance, les médecins arrivent à persuader aux femmes qui donnent le biberon

que le sein est bien supérieur, et ils font de celles-ci pour les grossesses futures des adeptes de l'allaitement maternel.

Mais pour être le plus parfait, l'allaitement maternel n'offre cependant pas une sécurité absolue. Non dirigé, il est susceptible de provoquer des accidents de gravité variable chez le nourrisson.

Le rapport de M. Monod sur les enfants assistés en 1898 établit que les enfants nourris au sein meurent de gastro-entérite dans la proportion de 28 0/0. Si nous comparons cette statistique à celle des enfants nourris au sein, mais surveillés, nous verrons que la mortalité par gastro-entérite chez ces derniers est infiniment moindre pour ne pas dire nulle. En effet à la clinique Tarnier, depuis mars 1898, sur 712 enfants ayant suivi cette consultation, 26 seulement ont succombé et un seul de ces 26 décès fut la conséquence d'accidents digestifs.

5. *Les accidents de l'allaitement au sein* sont généralement dus à la suralimentation, à l'insuffisance de la sécrétion lactée, à une composition chimique défectueuse du lait, et se traduisent par des régurgitations, des vomissements, de la diarrhée, des manifestations cutanées. Non surveillés, ces enfants s'acheminent vers la gastro-entérite chronique, vers l'athrepsie.

Au contraire, lorsque l'allaitement est surveillé, ces troubles gastro-intestinaux n'ont pas le temps de dégénérer, de s'aggraver et il s'agit, non plus d'accidents mais d'incidents qu'un traitement rapidement institué, une hygiène mieux comprise font bientôt disparaître.

Les accidents les plus ordinaires sont ceux déterminés par la *suralimentation*, laquelle existe du fait qu'il y a disproportion entre la quantité de lait prise par l'enfant et la capacité des organes digestifs; d'où surcharge alimentaire qui enchaîne à sa suite la dilatation de l'estomac. A cela se joint très souvent une stagnation fécale déterminant des fermentations anormales dans l'intestin. Celles-ci donnent naissance à des poisons qui produisent à leur tour des accidents toxi-infectieux : vomissements, diarrhée, eczéma, muguet, anorexie.

L'eczéma se rencontre, en effet, surtout chez les enfants nourris au sein et suralimentés. Lorsque l'allaitement est surveillé, ces troubles gastro-intestinaux n'ont pas le temps de dégénérer, de s'aggraver. Le médecin règle le nombre et la durée des tétées; si besoin est, il institue la diète hydrique et les lavages intestinaux.

Il y a des enfants qui prennent au sein des quantités de lait tout à fait insuffisantes et qui risquent de tomber malades si l'on n'y met bon ordre. Il peut arriver, en effet, que les mères n'aient pas tout à fait assez de lait pour nourrir seules exclusivement surtout pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement.

Normalement la montée laiteuse se produit le troisième et le quatrième jour après l'accouchement. Mais la sécrétion lactée tarde parfois à s'établir. Dans ce cas l'enfant doit être mis au sein, car stimulé par la faim, il exercera une succion énergique qui aidera puissamment à la montée laiteuse. Puis, on complétera les tétées par du lait stérilisé, dont on diminuera la quantité au fur et à mesure que la quantité de lait fournie par la mère augmentera. Cette insuffisance passagère peut se produire aussi au cours de l'allaitement et être le fait d'émotions morales, maladie, ou pendant les quelques jours qui précèdent, accompagnent et suivent l'époque cataméniale, lorsque les règles s'établissent chez la femme qui allaite. Beaucoup plus grave est l'insuffisance définitive qui peut tenir à des causes diverses. Reconnue, elle détermine souvent des accidents, car pour y remédier les mères nourrices font un emploi immodéré de lait de vache. C'est alors l'allaitement mixte pratiqué sans aucune méthode, ou l'allaitement artificiel avec tous ses aléas. Si cette insuffisance n'est point diagnostiquée, l'enfant insuffisamment alimenté, n'augmente plus, puis il diminue, dépérit d'une façon telle qu'il peut mourir véritablement de faim, sans que sa mère seulement s'en doute. La surveillance médicale permet de dépister l'insuffisance, d'instituer l'allaitement mixte avec méthode et sauve l'enfant des dangers de l'allaitement artificiel.

Les modifications survenues dans la composition chimique normale du lait produisent aussi quelquefois des accidents dans l'allaitement au sein. Elles sont presque toujours liées à l'excès ou à la pauvreté du beurre. On prescrit à la mère un régime approprié et évite ainsi les accidents digestifs à l'enfant. L'alimentation influe d'une façon très nette sur la composition du lait de la nourrice. De même, l'abus de la bière, du café, du vin, des liqueurs fortes, de l'alcool modifient le lait et peuvent déterminer des accidents chez le nourrisson dont les plus fréquents sont : les troubles digestifs, l'eczéma et les convulsions dans les cas d'alcoolisme.

Les émotions violentes, la menstruation, les maladies chroniques, surtout la tuberculose, changent la composition du lait. La surveillance médicale exercée par les consultations de nourrissons en permettant de découvrir chez la nourrice une tuberculose pulmonaire au début, rendent de très grands services, car on institue à temps le sevrage progressivement rapide qui concilie à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. Il en est de même lorsque la mère au cours de l'allaitement présente les symptômes d'une maladie grave, et qu'allaiter soit pour elle ou pour le nourrisson un danger.

La grossesse ne modifie pas beaucoup la qualité du lait. Là encore, il appartient au médecin, de juger d'après la courbe du poids, de la conduite à tenir. La question que le médecin doit se poser est de déterminer si la jeune mère jouit d'une santé assez robuste pour supporter simultanément cette double cause de fatigue: la grossesse et l'allaitement. Sa préoccupation doit être d'empêcher un sevrage prématuré ou brusque, un allaitement artificiel mal compris.

6. *L'allaitement mixte* est un mode d'alimentation très précieux, en cas d'insuffisance de lait, en cas d'empêchement pour la mère de donner une ou deux tétées aux heures précises. Ses indications du reste en sont fréquentes, car dans un tiers des cas la sécrétion lactée devient insuffisante du quatrième au sixième mois. Enfin, c'est à l'aide de l'allaitement mixte, qu'on peut amener le plus grand nombre de femmes à nourrir elles-mêmes leurs enfants, l'allaitement mixte leur permettant de vaquer à leurs occupations. La consultation de nourrissonss rend d'énormes services dans ce mode d'allaitement, le médecin indiquant la quantité nettement déterminée de lait sterilisé, à prendre en plus de la quantité de lait maternel, et même dans certains cas en leur distribuant du lait stérilisé de bonne qualité.

7. *L'allaitement artificiel* n'est qu'un pis aller auquel il ne faut consentir qu'à la dernière extrémité. Le rôle du médecin sera dans ce cas d'en atténuer les mauvais effets. L'allaitement artificiel sera réglé d'une façon encore plus rigoureuse que l'allaitement au sein.

Le lait destiné à l'alimentation des enfants doit être non seulement indemne de toute falsification, mais encore stérilisé. Il est de plus nécessaire d'en délivrer aux mères pauvres gratuitement ou à prix réduit.

En ce qui concerne les falsifications du lait, dont les deux principales sont l'écrémage et le mouillage, il est à espérer qu'elles se feront de plus en plus rares, grâce d'une part à la surveillance sérieuse dont on entoure la vente de ce précieux aliment, et de l'autre au perfectionnement des procédés d'analyse qui permettent de les découvrir.

Quoi qu'il en soit, alors même que le lait n'a subi dans sa composition aucune altération, il renferme toujours des micro-organismes. Aussi la consommation du lait cru ne saurait être recommandée pour les nourrissons. La stérilisation seule en assure la parfaite innocuité. La stérilisation devra avoir lieu sur place, là où le lait est produit, s'il doit être consommé loin. Il ne pourra être stérilisé à domicile, sur le lieu de consommation que dans le cas où il arrive à ce lieu, très peu de temps après la traite. Le lait stérilisé industriellement est indiqué dans les grands centres, c'est le lait employé à Paris, dans les dispensaires de MM. Comby, Dubrisay, H. de Rothschild. Dans ce procédé, le lait est stérilisé par les producteurs dans des étuves portées à 115°. Grâce aux perfectionnements dont la méthode a été l'objet, l'altération du goût du lait et les modifications de ses éléments constitutifs ont été très réduites. Ce procédé serait parfait si l'on était toujours sûr que la stérilisation a été bien faite ; si l'on était toujours sûr aussi du jour où elle a était faite, car le lait stérilisé industriellement, ne peut se conserver sans inconvénients plus d'une semaine. De tous les procédés de stérilisation à dommicile, celui qui nous paraît le meilleur, c'est le traitement du lait par les appareils de Soxhlet, modifiés par Gentile, tel qu'il est employé à la clinique Tarnier. Ce traitement maintient le lait environ 45 minutes à 100°. Il est très peu coûteux, et ainsi qu'il ressort d'un rapport de M. Budin, l'expérience clinique a montré que ce procédé est très suffisant pour rendre le lait inoffensif à la condition toute fois qu'il soit consommé dans les vingt-quatre heures ou au plus dans les quarante-huit heures. C'est le procédé de choix, lorsqu'on peut recevoir à domicile le lait peu de temps après la traite. Chaque jour on distribue à la mère la quantité de lait nécessaire, chaque bouteille contient le lait nécessaire à la tétée, aucune bouteile ne doit rester en vidange. Au moment de la tétée il suffira de faire tiédir la bouteille de lait au bainmarie ; de déboucher le flacon, puis d'appliquer immédiatement sur le goulot, soit une tétine comme de Gentile qui est très pratique, soit le galactophore de Budin. La tétine et le galactophore sont facilement lavés dans l'eau bouillante pure dans laquelle on a mis du carbonate de soude. Pendant l'intervalle des tétées, la tétine est constamment maintenue dans de l'eau propre.

Certains biberons, ceux à long tube sont très dangereux, parce qu'il n'est pas aisé de les nettoyer complètement. Le lait séjourne dans le conduit en verre, dans le tube en caoutchouc, dans la tétine, et des organismes inférieurs s'y développent ; de là une odeur désagréable qu'il est facile de constater. Ces germes sont entraînés dans le tube digestif de l'enfant et y déterminent l'apparition d'accidents graves, souvent mortels. Le meilleur instrument pour allaiter les enfants, c'est la bouteille munie d'une tétine percée de trous assez fins.

Mais a-t-on dit, si ces procédés stérilisent le lait. plus ou moins complètement, tous ils le tuent. Le lait est un liquide vivant qui contient des ferments spéciaux : „Enzymes ou zymases" appropriés aux facultés digestives de l'animal destiné par la nature à le consommer et qui facilitent beaucoup la digestion ; or ces zymases sont détruites au moment de la montée du lait à 80° environ. Le lait stérilisé est donc un lait mort, et par là même, il peut déterminer le gros ventre flasque, le rachitisme, l'eczéma, la maladie de Barlow. Pour obvier à ces prétendus inconvénients, on a conseillé de substituer à la stérilisation, la pasteurisation préconisée depuis longtemps en Allemagne. Un ingénieur français, M. Louis Coutant, a inventé un procédé de pasteurisation du lait, qui consiste à réaliser facilement grâce à ses appareils et à un verre spécial qu'il est parvenu à trouver, ces deux traitements successifs :

a) Porter le lait à 75° ;

b) Le refroidir brusquement à une température voisine de 10° et même au-dessous.

Or, en portant le lait à 75°, il tue tous les microbes et toutes les toxines banales qui ont pu se développer dans un lait fraîchement trait ; mais il conserve les quelques spores qui ont pu prendre naissance, spores qui sont simplement étourdies par la chaleur à 75°. En refroidissant brusquement son lait, il évite de laisser séjourner ces spores à la température tiède qui serait favorable à leur revivification. Cependant ce procédé ne va pas sans soulever des objections, et M. Perret, dans une intéressante communication faite en 1905, à la Société Obstétricale de France, a montré les imperfections du lait pasteurisé, surtout pendant les mois d'été.

Et puis, le lait stérilisé ne crée pas la dyspepsie, le rachitisme, l'eczéma, la maladie de Barlow comme on l'a prétendu, si les bébés sont convenablement alimentés avec lui. M. Budin a été formel sur ce point.

Une dernière question se pose : Faut-il materniser le lait ? Le lait de vache renferme plus de caséine que le lait de femme; cette caséine, quand il s'agit de lait cru, se coagule en masses épaisses, en caillots volumineux. On l'a considérée comme étant beaucoup plus difficile à digérer pour l'enfant. Dans le lait de femme, il y a 75 parties de sucre : il n'y en a que 50 dans le lait de vache. Telles sont les principales différences qui existent entre les deux liquides. Faut-il donc modifier le lait de vache avant de le stériliser, de façon à diminuer la proportion de caséine qu'il renferme et à le ramener à une formule chimique voisine de celle du lait de femme ?

Il ne saurait y avoir à ce point de vue de règle fixe, mais dans les premiers mois, il semble toutefois prudent de modifier le lait. M. Variot, partisan cependant du lait pur, déclare lui-même qu'il n'oserait le conseiller d'une façon absolue avant six semaines. Les préparations à faire subir au lait dans ce but doivent être les plus simples possibles. Le meilleur procédé paraît être celui qu'indique M. Marfan, et qui consiste à additionner le lait d'un tiers d'eau à laquelle on ajoute 10 0/0 de sucre à partir du troisième mois, la question devient beaucoup plus simple, les enfants nourris au lait stérilisé et bien dirigés ne présentent généralement pas de troubles digestifs.

8. *Les accidents de la dentition* existent réellement chez un certain nombre d'enfants. Ils consistent en ce que les enfants ont de la salivation et de l'irritation des gencives, ils sont agités, parfois ils ont de l'insomnie ou de la diarrhée que rien n'explique, car ils ne prennent pas trop, et refusent même, des aliments. Leur poids restent stationnaire, souvent même il diminue. Aussitôt que les dents sont sorties, tout rentre dans l'ordre. Il faut donc veiller à ne pas confondre comme on le fait quelquefois, les accidents de la dentition et ceux de la suralimentation.

9. *Le sevrage* mal conduit cause souvent de graves accidents Dans certains pays, par exemple dans les régions minières du Nord Pas-de-Calais, où la plupart des femmes donnent le sein, la mortalité est grande, parce que le sevrage est mal fait. Les enfants doivent être conservés au sein jusqu'au delà de la première année, c'est-à-dire que le sevrage ne devra être pratiqué que de douze à quinze mois, suivant la saison, l'état de santé de la mère, la force et la résistance de l'enfant.

Le sevrage doit être fait d'une façon progressive et non brusque. Et l'on devra bien veiller, à la qualité, à la quantité des aliments qu'on donne, afin d'éviter toute suralimentation qui pourrait déterminer des troubles digestifs graves.

10. *La direction de l'alimentation pendant la deuxième année* présente une importance plus considérable qu'on ne le croit. Les mères commettent fautes sur fautes, donnant des soupes épaisses, ainsi qu'une alimentation solide prématurée, oubliant trop souvent, que le tube digestif des enfants n'est pas encore constitué comme celui des adultes, qu'il est incapable de broyer, de triturer, de digérer, d'assimiler un grand nombre d'aliments.

Tel est le but poursuivi par les consultations de nourrissons et tels sont les principes qu'elles doivent propager. L'essentiel, c'est que le plus grand nombre possible de femmes viennent régulièrement faire examiner leur nourrisson et que parmi ces femmes le plus grand nombre possible nourrissent leur enfant au sein.

Organisation et fonctionnement. Une consultation de nourrissons, nous l'avons vu, doit être avant tout une école d'allaitement au sein. Dans ces conditions, l'organisation sera très simple. Elle ne se compliquera d'une goutte de lait que dans les grands centres ou les milieux industriels.

A la campagne, une goutte de lait serait complètement inutile car le lait est pur et bon marché. Du reste elle serait impossible à organiser, faute de budget. Les rouages seront ici très simples: une salle chauffée, facile à aérer après la consultation, un pèse-bébé, un registre, et voilà tout. Le pèse-bébé sera placé près du foyer recouvert d'une feuille de papier qui sera changée après chaque enfant. Le poids trouvé sera aussitôt marqué sur la feuille du registre concernant l'enfant, et la ration alimentaire calculée. Si des observations complémentaires sont faites, elles seront également notées. Après la consultation, le médecin fera une causerie sur le fait saillant qui aura marqué la consultation.

Ainsi établie, une consultation de nourrissons n'a pas besoin de budget et elle donne de très bons résultats. Le local ne comptant qu'une pièce, on pourrait craindre au premier abord des contagions fréquentes. Mais à la campagne les épidémies sont plus rares qu'à la ville, d'autre part toutes les mères se connaissent entre elles et se surveillent mutuellement.

A la ville, l'organisation se complique, surtout si à la consultation on adjoint, comme on est souvent obligé de le faire, une goutte de lait.

„La consultation a lieu une fois par semaine à jour et heure fixes. Les femmes sont introduites dans la salle d'attente et on les appelle à tour de rôle pour peser leur enfant. Le poids est inscrit sur le grand registre et sur la fiche. Après la pesée, a lieu la visite médicale. Tous les enfants sont examinés avec soin, et les conseils nécessaires pour la réglementation de leur alimentation, les prescriptions que réclament les indispositions dont ils peuvent être atteints, sont données par écrit et expliquées minutieusement. Quand l'allaitement a besoin d'être surveillé de plus près ou quand l'enfant est souffrant, on le fait revenir à une consultation supplémentaire.

„Il n'est délivré de lait stérilisé que lorsqu'il est absolument démontré que la mère n'a pas une quantité de lait suffisante, ou lorsque la sécrétion lactée est complètement tarie. Le mourrisson est mis alors à l'allaitement mixte ou à l'allaitement artificiel; ce dernier mode d'alimentation est exceptionnel, tout au moins dans les premiers mois de la vie.

„Dans le cas où le lait est nécessaire, les femmes viennent ou envoient chercher chaque matin les provisions de lait nécessaires pour les vingt-quatre heures. Elle leur est donnée dans des bouteilles qui contiennent juste la valeur d'un repas. On leur remet en même temps une tétine Gentile, qu'elles ne doivent adapter à la bouteille, qu'au moment de faire boire l'enfant, aussitôt après avoir enlevé le bouchon obturateur.

„Quand les enfants sont nourris au sein exclusivement, et c'est le plus grand nombre, les mères sont autorisées à ne les amener que tous les quinze jours, à la condition qu'ils soient bien portants. Il faut toutefois insister vivement auprès d'elles pour qu'elles continuent à venir et leur en faire comprendre toute l'importance. Car l'expérience a démontré que bon nombre de femmes qui nourrissent, trouvant que leur bébé va bien, cessent bientôt de se présenter à la consultation.

„Au contraire les mères dont les enfants sont à l'allaitement mixte ou artificiel et qui viennent chercher du lait sont en général celles qu'on voit revenir le plus longtemps.

„Les enfants sont admis jusqu'à l'âge de 2 ans. Cette règle, instituée par le professeur Budin, permet de les surveiller à l'époque de la dentition et du sevrage“. (Maygrier, *Consultations de nourrissons*, p. 30).

Inconvénients et moyens d'y parer. Les consultations de nourrissons et les gouttes de lait ont été l'objet d'un certain nombre de critiques :

I. On a reproché aux consultations de nourrissons d'exposer les enfants lorsque le froid est rigoureux à contracter des affections des voies respiratoires. Mais, dit M. le professeur Budin (*L'obstétrique*, novembre 1902), „s'il est bien enveloppé et tenu chaudement dans les bras et sur la poitrine de sa mère, l'enfant n'a pas de chance de se refroidir sérieusement et de tomber malade. Placez, dans ces conditions précises, un thermomètre entre sa peau et son vêtement et vous en aurez la preuve", Si l'enfant est débile ou particulièrement délicat, il suffira de prendre des précautions et de ne le sortir que quand le temps est favorable.

II. Une autre objection qu'on a faite est la promiscuité des enfants dans la pièce d'attente de la consultation et les dangers de la contagion si l'un d'eux est atteint de coqueluche, rougeole, etc.

Le péril est en réalité facile à éviter si, comme on le fait généralement, „jamais un enfant n'est admis dans la salle commune et n'a de contact avec les autres sans avoir subi un examen prouvant son bon état de santé générale" (Chavanne).

Dans les campagnes, le plus souvent le médecin connaît les enfants qu'on doit lui présenter; c'est lui qui les soigne, il peut donc, au besoin, prévenir la nourrice d'avoir à ne pas se rendre à la consultation, si un enfant est mal disposé, même légèrement. Mais, en admettant même qu'il ne soit pas le médecin traitant, il ne peut exister une épidémie sans qu'il en soit prévenu. Il lui sera donc facile de prendre des précautions et d'exercer une surveillance plus sévère sur les enfants à leur entrée dans la salle. C'est donc là une simple question de surveillance qui a été tranchée depuis longtemps dans toutes les consultations bien organisées.

III. Enfin, un reproche, en partie justifié a été fait aux gouttes de lait: celui de trop favoriser l'allaitement artificiel.

La goutte de lait peut en effet devenir dangereuse si dans l'esprit des mères et surtout dans l'esprit du médecin, elle devient l'œuvre capitale. N'y a-t-il pas lieu de craindre que dans ce cas les mères n'aillent vers le médecin que pour avoir du lait? Le médecin devenu dispensateur de bon lait, ne renoncerat-il pas bientôt, au rôle plus pénible de propagandiste de l'allaitement maternel?

Le lait de femme, est, et sera toujours supérieur au lait de vache stérilisé. C'est l'avis de tous les puériculteurs et tous les médecins d'enfants se sont nettement exprimés sur ce sujet. Les gouttes de lait qui tendent à remplacer le lait de femme par du lait de vache vont à l'encontre du but proposé.

Résultats. Le fait capital qui se dégage de toutes les statistiques, c'est la disparition presque absolue de la mortalité par diarrhée même au moment des grandes chaleurs. Cela fait, que presque partout où paraît une consultation, la mortalité infantile de toute la ville baisse immédiatement.

Le Dr. Devé (1) a soulevé dans sa thèse inaugurale, la très intéressante question de la *Consultation individuelle* et l'a traitée d'une façon très heureuse, en soutenant que tout médecin s'intéressant à la puériculture, pourrait facilement en établir dans sa propre clientèle. La preuve de ceci a été fournie entre autres par le Dr. Legrand (2) (d'Issy), qui a organisé depuis un an environ à son domicile une consultation et en a communiqué les bons résultats à la Société d'obstétrique de Paris.

Il est à souhaiter que ces efforts personnels se multiplient, afin que s'étende à un nombre de plus en plus grand de nourrissons, la surveillance médicale qui les préserve de la maladie et de la mort.

⁂

Les consultations de nourrissons rendent de très grands services puisque dans les villes où elles existent, quoique tous les enfants n'y sont pas conduits, la mortalité des enfants de 0 à 1 an s'abaisse très notablement, parfois d'un quart, d'un tiers et même de la moitié.

Il est nécessaire donc que les consultations de nourrisssons deviennent extrèmement nombreuses, qu'elles se multiplient dans les villes et dans les campagnes.

Il faut que des consultations soient installées dans toutes les Maternités et aussi dans les hôpitaux d'enfants, comme l'a demandé M. Marfan.

Il faut que toutes les mères secourues par lAssistance, à quelque titre que ce soit: national, départemental, municipal ou même privé, soient astreintes à amener leurs nourrissons aux consultations. Et pour assurer la venue de toutes les mères nécessiteuses, il suffirait comme l'a dit M. le Dr. Maygrier (3) d'une entente avec les œuvres qui favorisent l'allaitement maternel, avec les Mutualités maternelles, avec les Sociétés de charité maternelle, d'allaitement maternel, de protection de l'enfance, avec les crèches. Dans ces mutualités, dans ces sociétés dans ces Crèches, on ferait connaître aux mères les consultations de nourrissons, en les obligeant à y conduire leurs bébés.

---

(1) Ch. Devé. Réflaxions critiques sur la puériculture. *Thèsè Paris*, 1903.

(2) Legrand (d'Issy). Consultation de nourrissons au domicile du médecin. *Bulletin de la Société d'obstètrique de Paris*, 19 février 1903, p. 53.

(3) Maygrier. *Les consultations de nourrissons*. Paris, Masson, 1903.

La Ligue de la mortalité infantile peut jouer un rôle très important, en concentrant tous les efforts, en établissant un lien entre toutes ces œuvres qui doivent se prêter un mutuel appui.

Ce beau mouvement parti de Paris, s'est étendu à l'étranger, et tous les jours on apprend de tous les points du globe la création de consultations de nourrissons et gouttes de lait.

Et, dans tous les pays, les résultats furent pareils à ceux obtenus par ces mêmes œuvres, en France.

Partout la mortalité des enfants de 0 à 1 an s'est abaissée, et d'après les statistiques rapportées au Congrès des gouttes de lait, tenu à Bruxelles en 1907, elle est aujourd'hui en:

Allemagne	de	183	pour 1000 naissances.
Angleterre	—	133	—
Autriche-Hongrie	—	226	—
Belgique	—	146	—
Danemark	—	114	—
Écosse	—	113	—
Espagne	—	180	—
Grèce	—	132	—
Hollande	—	130	—
Irlande	—	100	—
Italie	—	175	—
Japon	—	175	—
Norvège	—	75	—
Roumanie	—	128	—
Russie	—	240	—
Suède	—	80	—

Rappelons à ce sujet, que d'après les dernières statistiques elle ne semble pas dépasser actuellement, en France, le chiffre de 90 à 100 décès pour 1000 naissances.

(à suivre).

Dr. S. IRIMESCU

Mijloacele pentru combaterea malariei (1)

(Urmare)

Profilaxia chininică e cea mai ușor aplicabilă și cu rezultate excelente atunci când măsurile de chininizare sunt riguros supraveghiate. Chiar dacă apărarea mecanică și distrugerea țânțarilor ar fi posibile de aplicat cu toată minuțiositatea necesară, rezultatele obținute nu pot fi decât de scurtă durată. Locuitorul unei regiuni impaludate care-și protejează locuința cu pânze metalice pierde beneficiul acestei apărări când își părăsește locuința și vălul d'imprejurul obrazului, mănușile — chiar când s'ar hotărâ să le întrebuințeze — sunt foarte incomode vara când temperatura e așa de ridicată. Distrugerea țânțarilor nu se poate face decât cu cheltueli mari și cu o supraveghere constantă dintr'un an la altul. Profilaxia chininică e mult mai comodă și reclamă cheltueli mult mai mici.

Chininizarea sistematică se poate face în două feluri: prin vindecarea tuturor malaricilor pentru a lua anophelilor ori-ce posibilitate de contagiune sau prin tratamentul preventiv pentru a împedica paraziții întroduși în sânge să se dezvolte mai departe.

Prima metodă, vindecarea tuturor malaricilor înainte ca epidemia să isbucnească, a fost recomandată de Koch. In scopul acesta, la toți locuitorii unei regiuni impaludate ca și la străini și la călători se face examenul sângelui și în cazul când se constată prezența parazitului se institue un tratament intensiv. Am arătat în articolele mele deja citate, că în anumite condițiuni — campania făcută de Koch la Stephansort (Noua Guinee), de Frosch în insula Brioni, de Bludau la Osero, de Vagedes la Franzfontein, de Ollwig la Dar es Salaam — când e vorba de o localitate izolată, unde întreaga populație poate fi examinată și noii veniți supuși unei cercetări minuțioase ematologice și clinice, metoda aceasta poate da rezultate foarte bune.

---

(1) Raport prezentat la Congresul Asociației Medicilor din Maiu 1908.

Nu e însă mai puţin adevărat că prin chininizarea preepidemică, rezultatele obţinute sunt departe de a fi totdauna complecte. Lenz, la Pola, după o cură de 3 luni, a observat numeroase recidive.

Korteweg, în Olanda, în împrejurimile oraşului Amsterdam a aplicat cura preepidemică la o populaţie de 5800 locuitori dintre cari cu un an înainte (1902) 17°/₀ fuseseră impaludaţi. Condiţiile de aplicare ale metodei lui Koch erau destule de favorabile: populaţia inteligentă şi cu o stare materială bună, aflându-se deci în condiţii igienice satisfăcătoare, accepta bucuros chininizarea. Epidemia s'a produs totuşi fără mari modificări faţă de anii anteriori. Cu toată chininizarea făcută în primăvară, vară şi toamnă, din cei 991 malarici trataţi, au recidivat 151 în lunile Noembre şi Decembre.

Hintze, în Friedrichs-Wilhemshaven, în Noua Guinee, a tratat 198 lucrători chinezi, cu toată rigoarea necesară.

Chininizarea a fost continuată până în Martie. Epidemia s'a produs însă în Mai destul de intensă. Numărul cazurilor s'a menţinut urcat până în Septembre, pentru a scădea apoi din nou. In Italia, experienţele făcute în agrul roman la Salone, la Marano Lagunare (Udine), la Mozzecane, n'au dat decât rezultate incomplecte.

Dificultatea aplicărei acestei metode, constă în imposibilitatea de a stabili une-ori diagnosticul malariei latente aşa încât, din cauza aceasta scapă forţat tratamentului, un număr de malarici cari sunt socotiţi ca vindecaţi, dar a căror vindecare e numai aparentă de oare-ce în sângele lor paraziţii perzistă. Fapt apoi cunoscut, stabilit întâia oară de Koch în Noua Guinee, într'o localitate malarică, copiii au dese-ori în sângele periferic paraziţi malarici, fără să prezinte nici un simptom de boală. Constatarea lui Koch a putut fi confirmată de numeroşi cercetători.

In climele noastre temperate, Gosio, în maremele toscane, a găsit la 58°/₀ din copii mai mici de 15 ani, paraziţi în sânge; Bludau la Ossero şi Puntacroce la 64°/₀. In San Michele di Leme (Istria). Schaudinn a găsit sângele parazitat la 100°/₀ din copiii de la 0—5 ani, la 71°/₀ la cei între 5—10 ani şi la 66°/₀ la cei între 10 şi 15 ani. Panse, Steuber, Hope, Ziemann, au găsit la adulţii din regiunile impaludate din tropice, paraziţi în sânge, cu toată aparenţa de sănătate perfectă, în proporţie de 15—30°/₀.

Examenul sângelui ar trebui deci făcut la întreaga populaţie a unei localităţi malarice, înainte de a se pronunţa asupra stărei sale sanitare, din punctul de vedere special al paludismului. Dificultăţile acestui examen sunt însă foarte mari, de oare-ce reclamă timp foarte mult, mai cu deosebire, fiind dat numărul mare de lame de sânge, care ar trebui să fie examinate. Numai cei cari au făcut examene de sânge malaric, știu cât e de greu une-ori, cu toată prezența parazitului, ca ematozoarul să fie găsit. Examenul sângelui ar trebui apoi repetat, la fie-care 3—5 luni, de oare-ce prezența paraziților e foarte variabilă.

Raritatea paraziților în cursul paludismului latent, a făcut ca să se caute alte mijloace de diagnostic, bazate tot pe examenul sângelui.

Prezența de leucociți pigmentați, de mononucleari mari (15-20°/₀ în loc de 4-10°/₀ în stare normală) a granulațiilor bazofile ca și a policromatofiliei globulelor roșii. pot servi pentru acest diagnostic. Prezența de aglutinine în serul malaricilor, semnalată de Lo Monaco și Panichi, n'are nici o valoare specifică. Ziemann n'a putut găsi precipitine în sângele malaricilor, iar în ceea ce privește deviația complimentului, cercetările făcute de Frongia, la institutul de igienă din Cagliari, sub direcția profesorului Casagrandi, nu permit până acum concluzii sigure. Prezența emolizinelor pare a avea o importanță mai mare. De Blasi, Escalar au putut constata, că serul malaricilor, încălzit între 55—70° exercită o emoliză intensă.

Presupunând că, într'un fel sau într'altul, prin examenul ematologic ca și prin cel clinic, s'ar ajunge să se diagnosticeze cazurile de malarie latentă, dificultatea profilaxiei limitată la cura preepidemică, rămâne încă destul de mare, din cauza imposibilităței, într'uneie cazuri, de a obține vindecarea celor tratați și aceasta din cauza formelor sexuate ale parazitului, cari sunt destul de frequente în recidive și cari rezistă une-ori la chinină. Printre gametociți, cei mai rezistenți par să fie paraziții femeli sau macrogameții. Cum macrogameții sunt cei cari, prin partenogeneză, dau naștere la o generație de paraziți asexuați, cari provoacă recidivele, se explică astfel de ce, într'unele cazuri, tratamentul chininic nu poate împedica recidivele. Paraziții masculi sau microgametociții, sunt mult mai puțin rezistenți mai cu deosebire când e vorba de microgametociții terței, cari sunt destul de ușor distruși prin chininizare.

Pentru microgametociții estivo-automnalei, Gualdi și Martirano, Bignami și Bastianelii, Schaudinn, au putut încă constata prezența lor în sânge, chiar după o chininizare sistematică. Ziemann însă, după 6 zile de chininizare, în cazurile de estivo-automnală, n'a mai putut să infecteze țânțarii, cari ințepau pe indivizii ast-fel tratați.

De altminteri, experienţele făcute de Koch, la Stephansort, ca şi de toţi ceil'alţi autori mai sus citaţi, cari după o chininizare intensivă preepidemică, au putut reduce considerabil numărul cazurilor de paludism, de şi în sângele bolnavilor trataţi, microgametociţii estivo-automnalei existau la un număr relativ considerabil de cazuri, dovedeşte eficacitatea chininei faţă de microgametociţi. Anophelii nu mai puteau fi infectaţi şi epidemia era ast-fel împedicată.

Rezistenţa destul de mare a paraziţilor sexuaţi, mai cu deosebire cei femeli, la tratamentul chininic, explică frequenţa recidivelor. Ceea ce caracteriză într'adevăr epidemiologia malariei, e numărul mare de recidive. Polettini, la Vigasio, studiind de aproape modalitatea recidivelor, a găsit că febrele quarte recidivează în proporţie de 56$^0/_0$, cele terţe 49$^0/_0$ şi estivo-automnalele 23$^0/_0$.

Se explică ast-fel de ce într'o regiune, când malaria se atenuează sau e pe cale să dispară, febrele cari cedează în primul rând, sunt estivo-automnalele. Urmează apoi terţa şi numai în ultimul rând quarta. In ceea-ce priveşte vârsta, pe când copii au recidivat în proporţie de 38$^0/_0$, pentru adulţi, proporţia a fost de 51—52$^0/_0$.

Nu e însă mai puţin adevărat că printr'o cură de lungă durată, numărul recidivelor poate fi redus în mod simţitor. In Italia, Pasquini şi Georgi, Polettini, Valenti au observat, în regiuni chininizate intensiv, recidive în proporţie numai de 3 — 10$^0/_0$. In 1906, la Pontepossero, în urma unui tratament sistematic, numărul recidivelor a fost numai de 13$^0/_0$. In Sardinia, recidivele cari se produc după un interval scurt (a breve scadenza) s'au redus la 33$^0/_0$. şi cele care apar mai târziu (a lunga scadenza) la 18$^0/_0$ (Atti, 1907). In general, la cei cari nu urmează un tratament chininic de lungă durată, numărul recidivelor e mult mai mare şi ajunge până la 75$^0/_0$. In localităţile de la noi, în cari am făcut campanii antimalarice sistematice, recidivele au scăzut simţitor, fără însă ca ele să poată fi evitate, decât numai în parte. La Frăsinet (Ilfov), unde am făcut prima campanie antimalarică şi unde la începutul lui Mai 1904 găsisem deja 54 recidive, în urma celor 215 cazuri de paludism din 1903, la o populaţie de 517 locuitori, n'au fost, în anul care a urmat campaniei antimalarice, adică în 1905, decât 9 recidive, dintre bolnavii din anii anteriori.

In 1906, la o populaţie de 561 locuitori, din cauză că în anul acesta, nu s'a făcut o profilaxie chininică, ci s'a lăsat în observaţie satul întreg, pentru a trata cazurile pe măsură ce se iveau, numărul recidivelor a fost ceva mai mare: 29 cu totul, dintre cari:

9 din cei trataţi curativ în 1904, 7 din cei cari fuseseră impaludaţi şi trataţi curativ în 1904 şi profilactic în 1905 şi 13 din cei bolnavi şi trataţi curativ în 1905. In 1907 într'aceeaşi comună, numărul recidivelor se reduce simţitor. La o populaţie de 507 locuitori, cifra totală a recidivelor a fost numai de 9, dintre cari: 1 din cei trataţi în 1904, 2 din cei trataţi în 1905, 2 din cei trataţi în 1905 şi 1906, 4 din cei trataţi în 1906.

In Lunca Obileşti (Ilfov), cu o populaţie de 270 locuitori s'au bolnăvit în 1905, 92, din cari au recidivat după un interval scurt (a breve scadenza) 5; în 1906 s'au bolnăvit 37, din cari, au recidivat 2; în 1907 s'au bolnăvit 32, din cari n'a recidivat nici unul. Urmărind însă recidivele pe 3 ani, (a lunga scadenza) la cei 92 bolnavi din 1905, am găsit că, în 1906 au recidivat 16 dintre ei, în 1907 au recidivat 12 şi 3 au recidivat şi în 1906 şi în 1907. Cifrele acestea, din Lunca Obileşti, arată că, de şi s'a făcut un tratament intens chininic, numărul recidivelor a fost încă destul de mare.

In comuna Vădastra (Romanaţi) au fost, în 1906, la o populaţie de 1402 locuitori, 141 cazuri de paludism. Dintre aceştia în 1907 au recidivat 24. In comuna Croşov (Romanaţi). cu o populaţie de 1085 locuitori numărul cazurilor de paludism a fost în 1906, de 94. Dintre aceştia, în 1907, au recidivat 16.

Am dat cifrele recidivelor din aceste patru comune, de oare-ce am putut să cercetez de aproape starea epidemiologică, din punctul de vedere al paludismului, campaniile antimalarice continuându-se în aceste localităţi un număr mai mare de ani. Recidivele au tendinţă să meargă diminuând şi exemplul comunei Frăsinet, unde chininizarea se face de la 1904, e în privinţa aceasta, doveditor. De la 29 în 1906, recidivele au scăzut la 9 în 1907 (1). Pentru a ajunge însă la aceste rezultate, e nevoe de a ţine în de aproape observaţie, un număr de ani, întreaga populaţie a unei localităţi paludice. Când chininizarea, din cauze diferite, e făcută mai puţin regulat, numărul recidivelor e cu mult mai mare. La Anadolchioi (Constanţa), cum populaţia e flotantă şi tratamentul nu se poate aplica totdauna în mod riguros, recidivele perzistă, încă foarte numeroase.

Dintre cele 1098 cazuri, din anul 1907, au recidivat în 1908 un număr destul de considerabil, 258 şi unii bolnavi au recidivat chiar de două şi de trei ori.

---

(1) In 1908, numărul recidivelor a fost numai de 5.

Vindecarea malaricului e deci foarte precară şi cum viaţa igienică, la adăpostul tuturor cauzelor care-l pun în stare de inferioritate organică şi-l expun la recidive, e greu de realizat, mai cu deosebire pentru populaţia rurală, care e cea mai atinsă, urmează că limitarea profilaxiei, numai la cura preepidemică, e departe de a oferi toate garanţiile că o epidemie nu va mai lua naştere. Cauzele ocazionale cari pot favoriza recidivele, ca alimentaţia insuficientă, turburările gastro-intestinale, oboselile exagerate, răceala, reumatismele, graviditatea, infecţiunile diferite de altă natură etc., sunt banale la populaţia noastră rurală. In bună logică apoi, ar fi nevoe ca toţi malaricii cronici să fie izolaţi, până ce se constată, după examene repetate, dispariţia gameţilor din sânge, pentru ca anophelii să fie puşi în imposibilitate de a se infecta şi de a transmite ematozoarul la oamenii sănătoşi (In tropice, se recomandă separarea colonilor de negrii, mai cu deosebire copii, cari au foarte dese-ori sângele parazitat). Se vede, de câte dificultăţi practice se loveşte aplicarea acestei măsuri, care ar trebui menţinută săptămâni şi luni întregi, până la dispariţia gameţilor din sânge. De şi nu poate fi vorba de generalizarea sa, izolarea s'ar putea cere pentru paludicii cari sosesc în localităţi, până atunci îndemne de paludism şi în cari se găsesc realizate toate condiţiile necesare pentru dezvoltarea malariei: mlaştine, anopheli, temperatură ridicată. Izolarea cea mai nemerită a acestor malarici, s'ar putea face în regiuni muntoase, în cari nu se găsesc anopheli. In tropice, există chiar sanatorii speciale pentru malarici.

Din cauza dificultăţilor aşa de mari şi numeroase cari fac, ca o cură preepidemică, să nu pună în mod sigur la adăpost de o nouă epidemie o profilaxie chininică, bine înţeleasă, într'o localitate foarte bântuită, trebue să cuprindă toată populaţia. Prealabil însă, printr'o anchetă minuţioasă, trebue să se determine toate cazurile vechi, toate recidivele pentru ca ele să fie tratate intensiv şi sistematic. Chinina trebue administrată după anumite reguli, de oare-ce un tratament nesistematic, transformă tipul febrei în accese neregulate şi permite dezvoltarea gameţilor, cari sunt cauza recidivelor. Fără o voi să intru în amănunte asupra tratamentului frigurilor de baltă, e nevoe deci, să arăt pe scurt, modul cum o chininizare sistematică trebue să fie condusă, de oare-ce un tratament intensiv al cazurilor noi şi al recidivelor, trebue să precedeze profilaxia chininică într'o localitate foarte impaludată.

Doza trebue să fie cel puţin de un gram la adulţi (pentru femei doza de 0.75 centigr. e suficientă, de oare-ce organismul femeei pare că reacţionează mai intens la chinină; la gravide, ca măsură de prudenţă, nu se depăşeşte 0.50 centigr., deşi, cum am arătat în articolele mele citate, teama contra chininei, sub cuvântul că provocă avortul, nu e câtuşi de puţin întemeată) şi la copii atâtea decigrame câţi ani au fără să se depăşească 0.50 centigrame până la vârsta de 10 ani. In ceea ce priveşte sarea de chinină care trebue să fie întrebuinţată, am arătat că sulfatul neutru de chinină (59⁰/₀ de alcaloid) e suficient şi are şi avantajul că e mai eftin. Momentul administrărei chininei, în cazuri de febre intermitente, cotidiane, terţe, quarte, e cu 4—5 ore înainte de acces, de oare-ce chinina îşi exercită maximul de acţiune 4 ore după ce este administrată şi din cauză că în momentul accesului se produce sporulaţia parazitului. Se ştie, din experienţe făcute, că chinina are o acţiune mult mai energică asupra merozoiţilor tineri, extraglobulari, decât asupra paraziţilor endoglobulari. Doza de chinină trebue repetată într'aceeaşi cantitate şi la aceeaşi oră un număr de zile — în campaniile antimalarice făcute la un număr foarte mare de paludici, am adoptat măsura uniformă ca doză să se repete 6 zile consecutiv — şi pentru a împedica recidivele, continuată după trecerea zilelor de tratament, la intervale regulate, încă câte-va luni. Caccini, Carducci ca şi alţi autori, au căutat să vadă dacă în succesiunea recidivelor există o oare-care regularitate. Ei au putut să stabilească că, pentru recidivele cari se produc după un timp scurt de la infecţie (a breve scadenza), intervalul variază între 6 şi 9 zile, în termen mediu 7 zile.

E nevoe de aceea ca, după primele zile de tratament, să se lase să treacă o săptămână, fără să se administreze chinina şi apoi medicaţia să fie reîncepută a 7-a şi a 8-a zi. Se continuă ast-fel în timp de 2—3 luni. Carducci a propus, ţinând seama de faptul că, la fie-care recidivă. 2—3 generaţii de paraziţi se succedă, ca chininizarea să se facă a 6-a, a 7-a şi a 8-a zi după trecerea primelor zile de tratament, apoi a 13-a, 14-a, 15-a zi şi aşa mai încolo, 3 zile pe săptămână, în timp de 2—3 luni. La 60 cazuri, ast-fel tratate, n'a mai observat nici un caz de recidivă. Ziemann administrează, după dispariţia paraziţilor, 3 zile aceeaşi cantitate de chinină, ca cea administrată pentru tratament, variabilă după vârstă bolnavului, apoi repetă doza la fie-care 2 zile în timp de 14 zile şi la 4 zile în timp de mai multe luni.

Celli recomandă doza de 1 gram în timp de 3—4 zile, adică timpul strict necesar, pentru a face ca accesele să dispară şi apoi doze zilnice mici, de la 0.20—0.40 centigrame, după intensitatea paludismului, în regiunea supusă la tratament. Tratamentul acesta zilnic, se continuă cel puţin 2 luni şi în regiuni foarte impaludate 4 luni. Polettini (Atti, 1908) a constatat avantajul dozelor mici zilnice. Comparativ, el a putut să stabilească că, în cazul când dozele mari se menţin 8—10 zile şi apoi se trece la doze mici cotidiane, numărul gameţilor şi posibilitatea de recidive e mai mare decât în cazul când, după 2—3 zile de tratament, cu doze mari, se trece imediat la doze mici cotidiane.

Pentru tratamentul febrelor pseudo-continue, estivo-automnale, regulele administrărei chininei sunt mai greu de stabilit, de oare-ce momentul când începe accesul e mai puţin precis. Se ia în cazul acesta temperatura bolnavului din 3 şi 3 ore şi se aplică tratamentul, un gram la adult şi cantităţi mai mici după vârstă la copii, în momentul când temperatura e cea mai scăzută; se administrează apoi peste 3 ore încă 1 gram sau 0.50 centigr., după intensitatea cazului, şi la nevoe, după alte 3 ore, încă 0.50 centigrame. In cazurile când remisiunea întârzie, când e vorba de un acces de febră pseudo continuă cu durată lungă, de 24—48 ore, cum accesul poate să fie grav, e bine să se dea bolnavului în timpul accesului, de preferinţă în stadiul de sudori, un gram de chinină. Când remisiunea se produce, se repetă aceeaşi doză.

Pentru formele încă şi mai grave, în scop de a evita perniciositatea, chinina se administrează imediat ce să descoperă cazul în doza de 1 gr. 1/2. După 4—5 ore, se dă din nou 1/2—1 gr. şi peste 3—4 ore, la nevoe, doza se repetă; aşa încât, în 24 ore bolnavul poate să ia până la 3 grame de chinină. In formele acestea grave, injecţiile de chinină sunt indicate, cu atât mai mult, că atunci când se dă chinina în momentul accesului, dese-ori bolnavul varsă medicamentul. Pentru injecţia subcutanată, formula lui Gaglio, cu uretan etilic, are avantajul că nu e dureroasă (Vezi Revista Ştiinţelor medicale. Profilaxia Paludismului 1905). Ziemann, recomandă în locul injecţiilor subcutanate, injecţiile intramusculare, cari sunt mai uşor suportate.

In febrele estivo-automnale, am adoptat ca sistem, pentru a face un tratament şi mai intensiv, ca dozele aplicate în felul indicat, să fie repetate zece zile pe rând, într'acelaşi fel şi la aceleaşi ore. Pentru a evita recidivele, se repetă apoi doza de un gram a 7-a şi a 8-a zi — sau cu variantele pe cari le am expus — în timp de 2—4 luni.

Ronald Ross, în cazurile de pseudo-continuă, recomandă un tratament şi mai energic: 14 zile după defervescenţă zilnic 1 gr. $^{1}/_{3}$ şi în celelalte 14 zile din prima lună 1 gr.; în luna 2-a $^{2}/_{3}$ gr. zilnic; în luna a 3-a $^{1}/_{3}$ gr. zilnic şi apoi $^{2}/_{3}$ gr. de 2 ori pe săptămână în luna a 4-a. Tratamentul acesta poate să fie indicat pentru formele grave din tropice; pentru climele noastre, chininizarea cazurilor de estivo-automnală, în felul indicat mai sus mi-a dat rezultate foarte bune.

In timpul din urmă Nocht şi Uffer, ca să evite fenomenele de intoleranţă, provocate în urma administrărei dozelor masive de chinină şi pentru ca tratamentul să poată fi instituit imediat ce diagnosticul de malarie a fost stabilit, fără să se mai aştepte ca chinina să fie dată cu 4—5 ore înaintea accesului, au recomandat să se dea doze mici, repetate de mai multe ori în cursul zilei. La intervale de 2 ore, la orele 7, 9, 11 dimineaţa 1 şi 3 după amiazi se dau 0.20 centigrame chinină. Dozele acestea se menţin 8 zile şi apoi cu pauze de 3, 4, 5, 6, 7 şi 8 zile se dau 3 zile consecutiv. Când intervalul e de 8 zile chinina în dozele acestea mici şi repetate, se dă 3 zile consecutiv în timp de săptămâni şi luni, după gravitatea febrei. Rezultatele obţinute cu metodul acesta au fost foarte bune. Febra cedează mult mai uşor decât cu dozele masive, deja din prima zi şi recidivele sunt mai puţin frequente.

Giemsa, a recomandat de asemenea în tratamentul paludismului, ca dozele de chinină să fie fracţionate, de oare-ce, cea mai mare parte din doza de chinină absorbită să elimină repede şi aproape total. Lemaire şi Dumolard, bazându-se pe această constatare, tratează cazurile de febră pseudo-continuă, administrând 2 grame de chinină zilnic, în doze de $^{1}/_{2}$ gram, repetate la fie-care $^{1}/_{2}$ sau $^{3}/_{4}$ oră. In cazurile de febră cu intermitenţă, bine caracterizată, chinina se dă într'aceleaşi doze şi la aceleaşi intervale, cu 2 ore înaintea accesului febril. Şi într'o formă de friguri şi în cealaltă, dozele acestea, ceva diminuate (1 gr.—1 gr. $^{1}/_{2}$), se menţin încă 2 zile, ceea ce face 3 zile în total. După 5—6 zile se reia chininizarea fracţionată, în timp de 3 zile, în doza de 1 gr. sau 1 gr. $^{1}/_{2}$, şi se continuă ast-fel un timp destul de îndelungat. In felul acesta, ori-care ar fi forma şi gravitatea infecţiunei febra cedează după primele 24 ore.

In localităţile în cari se caută să se facă o profilaxie chininică, în afară de cazurile noi şi de recidive, cari trebue tratate intensiv, există de regulă un număr de paludici cronici, de oare-ce febrele cari au fost tratate neregulat, au sfârşit prin a se croniciza. Pentru tratamentul acestor cazuri, tot chinina e suverană şi preparaţiile fero-arsenicale n'au altă valoare, decât aceea de reconstituente organice. Am arătat (Revista ştiinţelor medicale 1905) diferitele formule din amestecul de fer, arsenic, chinină, cari pot să fie întrebuinţate. Pentru amestecul lui Baccelli, am crezut nemerit în ultimul an, să întroduc o uşoară modificare — augmentând doza de chinină — şi ca să-l fac mai uşor aplicabil, să-l formulez sub forma pilulară. Din substanţele următoare: tartrat ferico-potasic 10 grame, sulfat de chinină 6 grame, acid arsenios şease centigrame, prescriu să se facă 60 pilule. Paludicul cronic e supus întâi la un tratament chininic, în timp de 6 zile şi apoi îi se dau 3 din aceste pilule, zilnic, la orele 8, 10 şi 12 dimineaţa. Tratamentul e continuat un timp îndelungat, săptămâni şi chiar luni, făcând din când în când pauze de câte-va zile. Contra-indicaţiile sunt cele ale medicaţii arsenicale în general: turburările gastro-intestinale, afecţiile oculare, vârsta prea înaintată. Cu amestecul lui Bacceli, ast-fel modificat, am putut să obţin, într'un mare număr de cazuri de paludism cronic, rezultate excelente.

Cazurile noi, recidivele şi paludicii cronici sunt supuşi unei cure intensive şi pentru restul populaţiei se procedează la profilaxia chininică — Profilaxia chininică trebue să fie făcută mai mult sau mai puţin complectă şi cu doze mai mult sau mai puţin mari, după extensia, pe oare o are paludismul într'o regiune determinată. E nevoe prin urmare, ca prealabil să se facă o anchetă amănunţită, ca să se stabilească intensitatea malariei în regiunea care urmează să fie profilaxată. Indicele epidemic, recomandat de Stephens şi Cristophers, — proporţia copiilor cu sânge parazitat — nu e suficient şi sunt şi alte elemente de cari trebue să se ţină seama. Celli, recomandă să se aibă în vedere punctele următoare (Atti, 1907):

1. Morbiditatea infantilă şi splenomegalia. Indicele megalosplenic are o foarte mare importanţă. Sergent recomandă ca palpaţia şi percuţia splinei să se facă, bolnavul stând în picioare şi puţin

plecat înainte. In felul acesta, splina se poate foarte uşor palpa; ea cade sub degete. In localităţi impaludate, megalosplenia se poate constata la peste 60°/₀ din copii în vârsta de 2—3 ani, dar se găseşte încă frequentă şi până la 20—25 ani (Wellmann).

2. Morbiditatea întregei populaţii.

3. Mortalitatea generală din localitate şi cea provocată de malarie.

4. Recidivele de paludism.

5. Raportul între febrele ţerţe şi pseudo-continue şi evoluţia clinică mai mult sau mai puţin gravă ca şi complicaţiile (emoglobinuria etc.).

6. Epidemiile de casă sau cazurile sporadice.

Numai, când se ţine seamă de toate aceste date, se poate măsura mersul unei epidemii de la un an la altul şi se pot stabili comparaţii, între diferitele regiuni impaludate.

E nevoe apoi, să se studieze de aproape ciclul anual epidemic al malariei. Din cercetări făcute în Italia şi într'alte ţări impaludate din Europa, reese că ciclul epidemic să poată reduce la următoarele 3 tipuri:

a) tipul Italia de sud, cu predominenţa paraziţilor de estivo-automnală şi minimul febrelor în Iunie; ascensie bruscă şi rapidă în Iulie, August şi Septembrie; diminuţie bruscă sau lentă în toamnă, după cum anotimpul se menţine cu temperatura mai mult sau mai puţin ridicată.

b) tipul Italia de nord, cu predominenţa paraziţilor de terţă şi cu debutul epidemiei în primăvară, minimul febrelor în Februarie şi Martie, ascensie gradată din primăvara până în vară, diminuţie rapidă în toamnă.

c) tipul Europa de nord, descris de Schoo în Olanda, de Grawitz în Germania; febrele existente aproape exclusiv numai cele terţe; dezvoltarea precoce a epidemiei în primăvară; anticiparea epidemiei care-şi atinge maximul în Iunie.

La noi, tipul existent — din datele pe cari le am putut culege — e asemănător cu cel din Italia de nord.

In determinarea ciclului epidemic, cele trei forme de febră — terţă, quartă, pseudo-continuă — trebue deci separate şi pentru fiecare din ele o distincţie e necesară, între recidive şi cazurile primitive. Recrudescenţa preepidemică a recidivelor, explică de ce, în regiunile impaludate de la noi, unde predomină febrele terţe — cu rari cazuri de quartă — să observă încă din lunile din primăvară, un număr destul de mare de impaludaţi.

Pentru a avea date complecte, în afară de ciclul anual epidemic, ar fi bine să se cerceteze şi oscilaţiunile periodice ale epidemiilor. Celli a putut să determine pentru Italia, existenţa acestor oscilaţiuni, la intervale destul de regulate. La fie-care 5—6 ani, se produce o augmentare notabilă a cazurilor de malarie. Explicaţia acestor oscilaţiuni, geniul epidemic, după concepţia de altă dată, e greu de precizat. Cauzele organice — o imunitate temporară care ar dispare după câţi-va ani — cele economice — starea materială mai mult sau mai puţin precară a populaţiei — sau fizice — variaţia de temperatură a anotimpurilor cu abondenţa mai mult sau mai puţin mare a anophelilor, după cum a căutat să stabilească Cardamatis pentru Grecia — ar putea să fie invocate.

Am arătat, în articolul din Revişta ştiinţelor medicale asupra profilaxiei paludismului, că metodele întrebuinţate pentru administrarea profilactică a chininei, pot fi grupate în trei principale:

1. Dozele mici, cotidiane (0.20 centigrame).
2. Dozele mijlocii, (0.50 centigrame), la 4—5 zile interval.
3. Dozele mari, (1 gram) la intervale mai depărtate a 9-a şi a 10-a sau a 7-a şi a 8-a zi.

Am citat cu aceeaşi ocazie, diferiţii autori cari au întrebuinţat aceste metode şi variantele introduse de fie-care dintre ei, aşa încât e inutil să revin cu detailii asupra acestor puncte. Metoda dozelor mici, cotidiane, e preconizată de Celli, cea a dozelor mijlocii, la cinci zile interval, de Plehn şi cea a dozelor mari, de Koch. Fie-care din aceste trei metode, au putut da rezultate bune autorilor lor, atunci când au fost riguros aplicate. Insuccesele semnalate pentru fie-care din ele să explică prin faptul intensităţei, une-ori foarte mare, a epidemiilor de malarie, aşa încât, în judecarea lor, factorul acesta nu trebue neglijat.

Modul cum se face resorpţia chininei, poate să fie o indicaţie pentru, a adopta una sau alta din aceste metode. Intrebuinţarea sărurilor solubile sau insolubile, n'are o importanţă atât de mare, cât se credea la început. Solubilitatea şi resorpţia chininei, depinde de aciditatea sucului gastric, dar în foarte mare parte şi de acţiunea bilei şi a sucului pancreatic. In afară de sărurile uşor solubile, cum e clorhidratul sau bisulfatul, sărurile insolubile, cum e sulfatul basic (solubil numai în proporţie 1:800) sau tanatul, pot să fie absorbite grație acțiunei sucurilor digestive din intestin. Experiențele lui Flamini (Atti, 1907), au arătat pentru tanat, că bila îl descompune în proporție de 60°/₀. Se formează cu acizii bilei săruri solubile de chinină. Sucul pancreatic și cel intestinal precipită chinina bazică din sarea insolubilă și chinina bazică, e solubilizată grație acidului carbonic care se găsește în intestin, ca product al fenomenelor digestive. Din studiul deja vechi a lui Kerner (Arch. f. d. gesammte Phys, 1869—70) ca și din cercetările mai recente, ale lui Kleine, Mariani și Jocoangelli, se poate vedea, că după insolubilitatea mai mare sau mai mică, a sărurilor de chinină, absorpția e mai mult sau mai puțin lentă. Cu sărurile insolubile, eliminarea întârzie, ceea ce are ca rezultat, staționarea mai mult timp în organism a chininei.

Experimentând cu chinina clorhidrică, Kleine a constatat, că maximul de eliminare, când se dă chinina pe stomacul gol, are loc după 2—6 ore și că în primele 24 ore, 29°/₀ din cantitatea administrată, e eliminată. Mariani, a putut constata încă după 4 zile, prezența chininei în urină și în doze foarte mici, până la a 9-a zi. Administrarea în timpul digestiei, permite chininei, după cercetările lui Mariani, să rămână în organism un timp mai îndelungat, decât atunci când e dată pe stomacul gol. Repetarea aceleiași doze, produce o acțiune cumulativă și după o săptămână de cură zilnică, sângele ajunge să conțină o cantitate de chinină de două ori mai mare decât cea dată cotidian.

Cu sărurile insolubile (tanatul) Modigliani (Atti, 1905) a constatat că în primele 24 ore, se găsește în urină până la 27°/₀ din chinina administrată; a 2-a zi se elimină încă 15°/₀. După cum se vede, diferența între eliminarea prin urină a chininei, când se administrează sărurile solubile sau insolubile, e neînsemnată.

Prin materiile fecale, cu unele sau altele din aceste săruri, a 5-a parte după Modigliani, 8—15°/₀ după Flamini, mai puțin încă după Kerner, din chinina luată, e eliminată.

Jumătate deci din chinina introdusă, nu se găsește nici în urină, nici în materiile fecale, ci e oxidată și distrusă în organism. Cantitatea de chinină absorbită, nu e prin urmare pusă în evidență prin chinina care se găsește în urină, dar prin diferența care există între chinina administrată și cea care se elimină prin materiile fecale. Ziemann socotește cu drept cuvânt, că în ceea ce privește acțiunea chininei, cantitatea distrusă în organism, trebue avută în vedere, de oare-ce e cea care exercită o acțiune terapeutică asupra paraziților.

Lăsând de o parte cazurile grave de paludism, în cari se cere o acţiune rapidă şi în cari sărurile solubile de chinină sunt indicate — administrate chiar prin injecţii subcutanate, intramusculare sau intravenoase — pentru cazurile obişnuite de malarie, sărurile mai puţin solubile ar avea mai de grabă avantagii, de oare-ce, o absorpţie lentă, urmată de o eliminare lentă, permite chininei să staţioneze mai mult timp în organism şi de oare-ce se produce într'acelaş timp şi o acţiune cumulativă a chininei administrate. Pe de altă parte, cu cât sărurile de chinină sunt mai solubile, cu atât iritaţia stomacului şi intestinului e mai mare, de unde vărsături şi diaree. Din cauza aceasta sărurile insolubile pot să fie une-ori preferabile, ceea-ce face pe unii autori să administreze în locul bisulfatului sau biclorhidratului, tanatul sau sulfatul bazic.

Modul de administrare cel mai obişnuit al chininei, e pe cale bucală. Când e vorba de obţinut o acţiune rapidă, chinina trebue dată pe stomacul gol.

Kleine a arătat că, 3—4 ore după masă, o treime numai din aceeaşi cantitate de chinină, care ar fi fost dată pe stomacul gol, e eliminată. Atunci însă când se dă chinina în scop profilactic, cum administrarea sa în momentul digestiei îi permite să rămână în organism un timp mai îndelungat, dozele pot fi luate şi după mâncare.

Pentru a permite şi mai sigur o resorpţie complectă a chininei, cea mai bună metodă ar fi de a da chinina în soluţie apoasă: soluţia 10⁰/₀, la care se adaogă pentru solubilizare 1⁰/₀ de acid clorhidric. Gustul amar al soluţiei, o face însă să fie greu acceptată un timp îndelungat de populaţia supusă la profilaxie.

Ia hârtie de ţigară — cum se obişnueşte dese-ori la noi — chinina nu trebue dată, de oare-ce riscă să treacă neabsorbită. Tabletele de chinină, ca şi pilulele au une-ori dezavantagiul, că pot trece intacte în materiile fecale. Italienii au întrodus pe o scară întinsă pastilele de chinină. Sub învelişul lor de zahăr, pastilele sunt foarte uşor acceptate de populaţie. Dată în capsule, chinina se poate administra uşor şi resorpţia e mult mai sigură. Pentru a facilita însă resorpţia, e bine ca după doza de chinină să se ia o cantitate mică de apă acidulată (2 picături de acid clorhidric la un pahar de apă). Pentru copii cari nu pot lua capsule, cafeaua maschează în parte gustul amar. Borde (Bordeaux) a recomandat următorul procedeu pentru administrarea chininei la copii: se amestecă într'un mojar 1 gram sulfat de chinină cu 8 grame oleu de olive; 20 picături din acest amestec conţin cinci centigrame de chinină. Intr'o lingură de lapte cu zahăr, amestecul acesta e uşor luat de copii. O foarte uşoară senzaţie de amărăciune se produce după câte-va secunde. Ea dispare însă repede şi poate fi evitată, dacă se are grijă de a da copilului imediat după mixtură, o mică cantitate de lichid.

Pentru a facilita administrarea chininei la copii, Italienii întrebuinţează pe o scară întinsă tanatul de chinină, sare insolubilă şi insipidă, sub formă de pastile de ciocolată. Fie-care pastilă conţine 5 grame dintr'un amestec de zahăr şi cacao (3 părţi de zahăr şi 1 parte cacao) şi un gram de tanat, corespunzând la 0.32 de chinină. La copii mici cari nu le pot lua întregi, pastilele se dau sfărămate într'o cantitate mică de lapte. Pe când pentru tratament, numărul pastilelor e 1—1¹/₂ de la 0—1 an, de 2 de la 1—3 ani, de 3 de la 3—6 ani, de 4 de la 6—10 ani, pentru profilaxie, se dă zilnic ¹/₂ pastilă de la 0—3 ani şi 1 pastilă de la 3—10 ani.

Am arătat mai sus că, graţie bilei şi sucului pancreatic din intestin, sărurile insolubile de chinină, cum e tanatul, pot să fie foarte uşor rezorbite. Farmacopea italiană posedă astă-zi preparate de tanat, bogate în chinină şi cu o compoziţie fixă. Aşa sunt: sesquitanatul bazic a lui Martinotti (37.9°/₀ de alcaloid) tanatul bichininic (36.5°/₀) şi trichininic (42°/₀) a lui Biginelli.

Intr'un memoriu foarte documentat (Atti, 1907) Concetti arată că a tratat în 1905—1906, cu ciocolatine de tanat, 736 copii având forme diferite de paludism; insuccesele au fost numai în număr de 19 (2.5°/₀). Din 690 profilaxaţi, s'au bolnăvit numai 8 (1.15°/₀). Din 717 trataţi, recidive nu s'au produs decât la 56 (7.7°/₀). Fiind date rezultatele bune, obţinute în Italia cu tanatul de chinină, l'am întrebuinţat în campaniile antimalarice făcute în ţară în vara anului 1906, cu rezultate excelente.

Răspândirea acestei sări de chinină ar merita să se facă şi la noi cât mai mult, de oare-ce marele obstacol, când e vorba de aplica chininizarea, e rezistenţa întâmpinată din partea copiilor mici, cari refuză să ia sau varsă chinina administrată în soluţie sau în praf. Să ştie că, în primul rând, printre cei atinşi de paludism sunt copii şi prin urmare e nevoe ca profilaxia să se întindă mai cu deosebire asupra lor. Tanatul de chinină ar trebui, pe de altă parte, să fie încercat în cazurile de febre emoglobinurice, cari de şi rare, există şi la noi (am avut ocazia să constat 4 cazuri în judeţele Constanţa şi Ilfov în ultimii 2 ani) şi în cari celelalte săruri de chinină sunt aşa de greu tolerate. Celli, (Atti, 1907) a publicat 5 cazuri, Pozilli 7 cazuri, Nardelli şi Cancedda 2 cazuri, Basile 1 caz de emoglobinurie malarică (Atti, 1908), tratate cu succes cu tanatul de chinină.

Am arătat în articolele din Revista ştiinţelor medicale (1905), cu toate amănuntele necesare, rezultatele obţinute în combaterea malariei, prin întrebuinţarea profilaxiei chininice, aşa încât e inutil să revin asupra lor. Mă voi mulţumi să citez câte-va din statisticele mai recente, în ceea ce priveşte rezultatele obţinute cu una din cele 3 principale metode de chininizare profilactică. In Italia, graţie activităţei neobosite a societăţei pentru studiul malariei şi a societăţei Crucea roşie, profilaxia chininică făcută în mare parte cu doze mici *zilnice*, progresează în mod continuu. De la 3055 profilaxaţi în 1902, s'a ajuns la 110.804 în 1906 şi la 100.816 în 1907. In această din urmă cifră nu sunt cuprinşi soldaţii şi marinarii, lucrătorii căilor ferate şi 14.000 lucrători agricoli din diferite localităţi ale Italiei, supuşi la o profilaxie chininică mai mult sau mai puţin regulată. Rezultatele obţinute sunt cât se poate de bune. Din cei 110.804 profilaxaţi în 1906, nu s'au bolnăvit decât 7115 sau 6.4%, pe când din cei păstraţi pentru control, numărul impaludaţilor a variat între 9 şi 50%. In 1907, din 100.816 chininizaţi profilactic, s'au bolnăvit 4192, ceea ce face 4.1%. In marina militară, din 2415 marinari profilaxaţi la Tarent, s'au bolnăvit numai 125 sau 5.17%.

In armata italiană, profilaxia chininică ia o extensie din ce în ce mai mare. Pe când în 1901, înainte de profilaxia chininică, la un efectiv de 189.848 soldaţi 50‰ se impaludau, în 1907, numărul impaludaţilor, la un efectiv de 202.320 soldaţi, a scăzut la 12.46‰.

După o experienţă deja îndelungată de profilaxie chininică, făcută într'un număr foarte mare de localităţi impaludate în timp de 7 ani, Celli ajunge la următoarele concluzii: (Atti, 1907, 1908).

1. Dată în doze zilnice, chinina e un remediu tonic. După 4—5 zile fenomenele de intoleranţă dispar complect. Se obţine în felul acesta un adevărat mitridatism al organismului, aşa încât, chinina poate să fie suportată, fără nici o turburare, luni întregi. La cei cari nu suportă sărurile solubile, se poate administra tanatul.

2. Locuitorii unei regiuni malarice cari urmează profilaxia zilnică, dau un număr absolut infim de impaludaţi şi recidivele la cei îmbolnăviţi anterior sunt mult mai rare. Accesele de febre, cari se pot încă observa la unii sau la alţii, sunt foarte uşoare şi cedează repede dozelor terapeutice de chinină.

3. In zonele și în anii cu malarie foarte gravă, e bine să se întrebuițeze sărurile bogate în chinină (clorhidratul); în zonele și în anii cu malarie gravă, bisulfatul e suficient; într'un caz și într'altul, doza va fi de 0.40 centigrame zilnic (jumătate pentru copii). Profilaxia va fi însă aplicată la toată populația care e expusă să contracteze febrele.

4. E necesar de a urca doza zilnică, dată în scop profilactic. la 0.60 centigrame, când cauze ocazionale (oboseli, răceli, indigestii) ar putea determina sau facilita o infecție primitivă sau o recidivă.

5. In zonele cu malarie ușoară, doza zilnică de 0.20 centigrame e suficientă și profilaxia poate fi limitată la locuințele și în localitățile în cari se găsesc malarici.

6. In localitățile și în anii cu malarie foarte ușoară, profilaxia se poate aplica numai la cei cu recidive, cazurile noi rămânând să fie tratate pe măsură ce se ivesc.

Chininizarea zilnică, în scop profilactic, are foarte mari avantagii și rezultatele observate în urma aplicărei sale, întrec pe cele obținute cu celelalte metode. Numai, e greu de aplicat la populația noastră rurală, care în lunile de vară, lipsește de acasă, din cauza muncei câmpului, zile și săptămâni întregi. Ea nu se va putea introduce, atâta timp cât țăranul, nefiind ferm convins de eficacitatea preventivă a chininei, are nevoe să fie supraveghiat de medic sau de agentul sanitar la fie-care doză administrată.

Dozele *mijlocii*, 0.50 centigrame la 5 zile interval, au dat rezultate cari nu sunt apreciate, în mod egal de favorabil, de toți autorii. Maas, Ipscher, Krueger, Külz, aplicând metoda lui Plehn, în Africa germană — în regiuni prin urmare foarte impaludate — au avut rezultate absolut incomplecte.

Profilaxia făcută în felul acesta poate împedica producerea de accese. Paraziții perzistă însă în sânge și pot provoca, după încetarea chininizărei, accese de friguri. Pentru a avea efecte mai energice, Ziemann, administrează doze mai mari decât cele recomandate de Plehn: 1 gram sau cel puțin 0.75 centigrame la 4 zile interval. Cu metoda aceasta, Ziemann a obținut rezultate excelente, în Camerun, într'una din localitățile cele mai malarice ale globului.

Metoda dozelor mijlocii (0.50 centigrame) administrate însă două zile consecutiv, a 5-a și a 6-a zi, a fost recomandată și aplicată cu succes de Külz, în cazul, când dozele de 1 gram, nu pot fi suportate din cauza fenomenelor de intoleranță.

Dozele *mari* (1 gram) administrate a 8-a și a 9-a zi sau a 7-a și a 8-a zi, după cum localitatea e mai mult sau mai puțin impaludată, au dat rezultate excelente. Dificultatea aplicărei acestei metode constă în fenomenele de intoleranță chininică. Fenomenele acestea, merg însă atenuându-se, așa încât cu timpul se obține o obișnuință a organismului și chiar un mitridatism complect. Dozele acestea trebue luate regulat și punct esențial, nu numai o zi, ci două zile consecutiv. Metoda dozelor mari e cea pe care am aplicat-o în campaniile antimalarice de la noi, cu rezultate excelente. Se explică ușor, cum chininizarea ast-fel aplicată, poate să împedice accesele de febră, și în primul rând, pe cele de terță, tipul obișnuit în climele noastre. Intr'adevăr, să presupunem că în ziua administrărei chininei, un anopheles infectat ar înțepa pe individul profilaxat. Cum în febra terță, incubația e în termen mediu de 10 zile, accesul ar trebui să se producă după acest interval. A 7-a și a 8-a zi, individul ia însă o nouă doză de chinină și cum luată două zile consecutiv, chinina își produce maximul de efecte și cum ea perzistă în organizm cel puțin 3—4 zile, parazitul e distrus și accesul nu se mai produce. Ziemann, a putut chiar, în stadiile prodromale ale boalei, când indivizii infectați se plângeau de cefalee, oboseală generală și aveau paraziți în sânge, să împedice accesul, prin administrarea de doze mari de chinină.

Nu voi intra în enumerarea rezultatelor obținute cu metoda lui Koch. Ele sunt relatate în lucrarea mea anterioară asupra profilaxiei paludismului, și vor apare și mai evidente în expunerea pe care voi face-o mai departe, asupra campaniilor antimalarice de la noi. Pentru a fi însă complect, trebue să notez că în anumite circumstanțe, în regiuni foarte impaludate și în anii de epidemie gravă, metoda lui Koch ca și celelalte metode de chininizare nu dă totdauna rezultate sigure. Hintze, Beyer, Külz, Wendland, Maas raportează că, într'un număr de localități din Africa germană, de și profilaxia s'a făcut după metoda lui Koch, s'au produs totuși un număr de cazuri de febră, în proporție mai mică însă decât pentru cei nechininizați (în Ziemann, Handbuch d. Tropenkrankheiten, 3-ter Band). Observațiile lui Mühlens—apariția de accese după 4 luni de profilaxie—se explică prin prezența semilunelor în sânge.

Rezultatele relatate de Meixner și Kudicke, (12.5°/₀ și 57.1°/₀ de îmbolnăviți de malarie, de și s'a făcut profilaxia) sunt datorite faptului, că autorii aceștia au chininizat o populație dintr'o regiune foarte impaludată din Africa germană de est, la care recidivele erau foarte tenace, din cauza perzistenţei paraziţilor sexuaţi (în Ruge, Malariakrankheiten 1906).

Diferenţa de rezultate obţinute cu metoda lui Koch, se explică deci, când se ţine socoteală de virulenţa variabilă a paraziţilor malariei, de regiunea în care această profilaxie s'a aplicat şi de regularitatea cu care populaţia s'a supus la chininizare. E sigur însă că, în regiuni foarte impaludate, chiar cu o chininizare riguros făcută, la intervale regulate, cu doza de un gram, se pot produce cazuri de friguri. Cazurile de febre observate la profilaxaţi, sunt însă uşoare, cedează repede la tratament şi recidivează mult mai rar decât celelalte. In regiunile acestea, foarte paludice, cu forme tenace, metoda lui Nocht, doze mici (0.20 centigrame) date de cinci ori pe zi, în timp de trei zile consecutiv, la intervale săptămânale, s'ar putea încerca cu mulţi sorţi de izbândă.

In rezumat, dozele mari de un gram, trebue date a 8-a şi a 9-a zi, şi în cazul, când regiunea e mai impaludată, a 7-a şi a 8-a zi sau chiar a 6-a şi a 7-a zi. La cei foarte sensibili la efectele chininei, se dă 1 gram a 7-a zi şi 0.50 centigrame a 8-a zi şi dacă fenomenele de intoleranţă sunt şi mai pronunţate, 0.50 centigrame a 7-a şi a 8-a zi.

In campaniile antimalarice de la noi, am dat în primii ani (1904, 1905, 1906) un gram de chinină a 9-a şi a 10-a zi. Cum însă cu această metodă, chininizarea trebuea să se facă dese-ori, în zilele din cursul săptămânei, când locuitorii sunt plecaţi pentru munca câmpului, am crezut mai nemerit în 1907, să aplic chininizarea a 7-a şi a 8-a zi, Sâmbăta şi Duminica, când ei pot fi mai cu uşurinţă găsiţi la domiciliu. Am redus însă doza de chinină dând 0.75 centigrame la bărbaţi, 0.50 centigrame la femei şi cantităţi variabile după vârstă la copii. In felul acesta fenomenele de intoleranţă observate la profilaxaţi au fost minime. Chiar însă, când se produc, fenomenele acestea sunt neînsemnate. In general, când ele există, apar patru ore după ce se administrează chinina şi constau în: văjăeli, tremurături, ameţeli, greţuri, vărsături, eriteme trecătore. Cu dozele mici, date pentru profilaxie, nu se produc fenomenele, mai serioase de intoleranţă: catarurile gastro-intestinale, petechiile, eritemele scarlatiniforme, surditatea sau amaurosa, emoragii ale diferitelor mucoase, emoglobinuriile observate câte odată după dozele mari administrate în scop terapeutic.

In afară de idiosincrasii, destul de rare, chinina administrată în scop profilactic, produce deci fenomene de intoleranţă uşoară.

Gudden a constatat, că în primele 3—4 săptămâni, chinina dată profilactic în doza de un gram, două zile consecutiv, îşi produce maximul de efecte; după a şeasea săptămână însă, obişnuinţa e complectă. Pentru a evita fenomenele de intoleranţă, Ziemann recomandă să se administreze împreună cu chinina, o cantitate egală de bromur de potasiu.

S'a objectat că, în urma administrărei profilactice a chininei, acţiunea sa terapeutică, în cazul când s'ar produce accese febrile, e diminuată din cauza obişnuinţei organizmului. E dovedit din contra că, febrele la cei profilaxaţi sunt foarte uşoare şi cedează repede la chinină.

Profilaxia chininică, în ţările din climele noastre, trebue să fie făcută atât cât durează anotimpul malaric, din Iunie până în Octombrie. In localităţi mai impaludate, profilaxia trebue începută cât de timpuriu, de la sfârşitul lui Mai sau în ori-ce caz din primele zile ale lui Iunie, ca să se evite, la indivizii cari ar fi putut fi infectaţi de ţânţari parazitaţi, producerea formelor adulte ale ematozoarului, a căror rezistenţă la dozele profilactice de chinină e mai mare decât a formelor tinere.

Când se întrebuinţează temporar la lucrători, soldaţi, voiajori, veniţi într'o localitate malarică, chininizarea trebue continuată încă cât-va timp în urmă, 7—15 zile, după ce ei părăsesc regiunea impaludată. Curentul migrator al lucrătorilor agricoli din regiunile malarice, constitue un mijloc pentru difuziunea şi pentru perzistenţa malariei. La Vigasio, unde se făcuse o chininizare sistematică, Polettini a arătat (Atti, 1908) că din 205 lucrători veniţi pentru munca câmpului, 92 erau malarici. Dacă nu s'ar fi făcut o chininizare intensivă a acestor malarici, cu toate campaniile cari durau de ani întregi în această localitate, o nouă epidemie ar fi luat naştere. E nevoie deci — şi măsura aceasta are o foarte mare importanţă pentru ţara noastră. de oare-ce în lunile de vară, migraţia lucrătorilor pentru muncile agricole, veniţi uneori din regiuni impaludate e foarte mare — să se aibă în de aproape băgare de seamă, în afară de populaţia stabilă şi populaţia flotantă, pentru că alt-fel epidemia perzistă într'o localitate chininizată şi poate pe de altă parte să fie răspândită în regiuni până atunci puţin impaludate. Profilaxia chininică e de obicei acceptată de populaţie, care deşi la început face oare-cari objecții, din cauza fenomenelor de intoleranță, sfârșește prin a se convinge de eficacitatea sa. In campaniile antimalarice pe cari le-am făcut în diferite părți ale țărei, n'am întâlnit nicăieri o rezistență propriu zisă. Dacă la primele doze profilactice se găsesc câți-va locuitori îndărătnici, cari caută prin toate mijloacele să evite luarea chininei, mai târziu însă, numărul celor recalcitranți se împuținează din ce în ce. Martorii, cari nu iau chinină și cari se impaludează în proporție destul de mare, sunt dovada vie a eficacităței profilaxiei și servă ca exemple foarte convingătoare. In comunele din Ilfov și Romanați, unde profilaxia și tratamentul se repetă de mai mulți ani, populația e absolut câștigată cauzei, și rezultat absolut demonstrativ: sunt sate în cari locuitorii lăsați ca martori și cari riscă să se impaludeze, reclamă ei singuri, cu insistență, să li se dea chinina în scop preventiv.

* * *

Campaniile antimalarice s'au început la noi în 1904 în trei localități din județele Ilfov, Teleorman și Roman și s'au continuat în 1905 în două localități din Ilfov. In primii doi ani, s'a experimentat chininizarea, ca să se vadă întru cât e aplicabilă la noi în țară și cari sunt rezultatele cari se pot obține.

Când s'a dat dovada, că o profilaxie chininică riguros aplicată e posibilă și la populația noastră rurală, măsurile de prezervare contra paludismului s'au întins și mai departe. Campania din 1906 făcută în două-zeci și două localități, dintre cele mai impaludate din țară, nu mai e o simplă experiență, ci are valoarea unei aplicări în mare a principiilor de profilaxie paludică. In 1906 s'au tratat profilactic 6.161 persoane și s'au ținut în observație, ca martori, 15.838. Rezultă deci, că într'acest an, 21.999 locuitori din regiuni impaludate, au fost supraveghiați din punctul de vedere al malariei.

In 1907, campaniile antimalarice s'au făcut în patru județe, în trei zone din județele Ilfov, Vlașca și Romanați și în cătunul Anadolchioi din Constanța. In Ilfov, dintr'o populație totală de 16926 locuitori din cele 22 comune din zona impaludată, 9543 au fost supuși la profilaxie. In Vlașca, dintr'o populație de 20586 locuitori, din cele 14 comune ale zonei malarice, 8179 au fost supuși la profilaxie. In Romanați, din populația de 14331 locuitori, a celor 8 comune din zona impaludată, 7204 au fost profilaxați. In Anadolchioi, din 2066 locuitori, s'au tratat pentru paludism 1098 cazuri.

Dacă se adună cifrele acestea, se poate constata că în 1907, în patru județe, din cele mai impaludate din țară, dintr'o populație de 53909 locuitori ținuți în de aproape observație, din punctul de vedere al paludismului, 24926 au fost profilaxați. In 1908 campania a luat o extensie și mai mare (1).

Numărul celor profilaxați și al locuitorilor ținuți în observație și tratați, pe măsură ce se bolnăveau, a mers deci repede crescând, de la un an la altul. Pentru a face o comparație cu Italia, în care campaniile antimalarice sunt mai vechi și care în totdeauna și cu drept cuvânt e citată ca exemplu, pe când numărul profilaxaților s'a ridicat în Italia, de la 3055 în 1902 — anul în care profilaxia s'a aplicat pe o scară mai întinsă — la 19021 în 1903, 52690 în 1904, 59340 în 1905, 110804 în 1906, 100816 în 1907, la noi într'al doilea an de campanie antimalarică mai intensă, cifra celor profilaxați s'a ridicat de la 6161 cât era în 1906 la 24533 în 1907. Progresia a fost în primii doi ani și mai accentuată de cât în Italia. Dacă pun în lumină cifrele acestea e ca să arăt că, ceea ce s'a făcut la noi, nu e o simplă experiență limitată, ci o aplicare destul de întinsă a profilaxiei chininice. Rezultatele, a căror amănunte rămâne să le expun, vor dovedi că această chininizare a avut succesul cel mai desăvârșit.

In primii doi ani (1904 și 1905), campania antimalarică a fost restrânsă la foarte puține localități.

In 1904, s'au ales ca puncte de experiență trei comune, din cele mai impaludate din țară. Pentru Ilfov, după ce am anchetat toate comunele de pe valea Mostiștei, care mi se semnalase ca cea mai impaludată dln județ, am hotărât să fac campania în satul Frăsinet, unde cu un an înainte, aproape jumătate din populație fusese impaludată (215 cazuri la o populație de 498 locuitori). Pentru Teleorman s'a luat comuna Belitori și pentru Roman, comuna Strunga. Metoda de chininizare întrebuințată a fost cea a lui Koch, doze mari de chinină (un gram), a noua și a zecea zi — metodă pe care am expus-o cu toate amănuntele, când a fost vorba despre diferitele procedee de chininizare. Rezultatele obținute în primul an de experiență au confirmat pe deplin eficacitatea metodei, de oare-ce, pe când aproape nici unul din cei profilaxaţi nu s'a bolnăvit, dintre cei păstraţi ca martori, proporţia impaludaţilor a fost destul de mare.

---

(1) Totalul populației ținută în observație în zonele impaludate în cari s'a făcut campania antimalarică în 1908, în județele Ilfov, Vlașca, Romanați și Constanța a fost de 71767 locuitori dintre cari 3176 au fost tratați curativ și 13294 supuși la profilaxie.

Aşa, la Frăsinet, în campania antimalarică, pe care am organizat-o, stând tot timpul în localitate şi ajutat numai de doi agenţi sanitari, din 421 locuitori, supuşi la profilaxie, nu s'a bolnăvit nici unul, pe când din 77 păstraţi ca martori, numărul impaludaţilor a fost de 18 (23°/₀). Raportul meu asupra acestei campanii e publicat în Buletinul sanitar din 15 Aprilie 1905.

In comuna Belitori, doctorul Gorăscu a experimentat profilaxia chininică la o populaţie de 2447 locuitori. Din 1509 persoane tratate preventiv, numai una a avut accese de friguri (0.09°/₀), pe când din 968 locuitori păstraţi ca martori, s'au impaludat 85 (14.4°/₀). Experienţa făcută de doctorul Gorăscu e expusă cu amănunte în teza sa inaugurală din 1905.

La Strunga (Roman), doctorul Panea a avut 2.1°/₀ cazuri de paludism la 214 locuitori trataţi profilactic; la 14, cari au făcut profilaxia neregulat, cazurile de febră au fost în număr de 5; la 32, păstraţi ca martori, s'au produs 5 cazuri noi, 8 recidive şi 3 locuitori au prezintat accese febrile de natură probabil tot paludică.

Pentru a vedea, întru cât efectele tratamentului făcut în comuna Frăsinet, în 1904 — care împedicând producerea unui număr mare de recidive, reduce cauzele cari provoacă epidemia în anii următori — se vor resimţi în 1905, am crezut nemerit ca în anul acesta să supun profilaxiei chininice un număr mai mic de locuitori şi să aştept pentru rest, să tratez cazurile de paludism pe măsură ce se vor ivi.

Ajutat de un student în medicină, intern al spitalelor eforiei, domnul I. Papinian, care a stat tot timpul în localitate, am aplicat profilaxia chininică după aceeaşi metodă, ca şi în anul anterior, la un număr de 92 locuitori, majoritatea copii, cari în general sunt mult mai atinşi de friguri. Restul de 478 locuitori a fost păstrat ca martori.

In tot timpul campaniei — de la 29 Mai, de când s'a început administrarea chininei în scop profilactic până la Octombrie — s'au produs printre cei 478 locuitori păstraţi ca martori 54 cazuri de febră palustră. Dintre aceşti 54, câţi-va malarici (27) urmaseră profilaxia în 1904, 9 au fost recidive din cei bolnăviţi în 1904 şi restul de 18, dintre cei cari, în 1904, fuseseră păstraţi ca martori. Din cei 92 locuitori supuşi la profilaxia chininică, s'au bolnăvit trei din cauză că nu urmaseră chininizarea în mod regulat. In registrele, în cari observaţia fie-cărui locuitor e notată cu toate amănuntele, se poate vedea forma de febră prezintată de fie-care bolnav şi rezultatul examenului microscopic al sângelui, pe care l'am făcut împreună cu domnul I. Papinian.

Rezultatele campaniei din 1905 la Frăsinet, sunt cât se poate de demonstrative şi încă din două puncte de vedere: ca rezultat net, al numărului mic de cazuri de friguri la cei trataţi preventiv şi chiar şi la aceştia, din cauză că s'au sustras unei chininizări regulate, faţă de cei păstraţi ca martori, cari s'au bolnăvit în proporţie de 11.5°/₀, dar mai cu deosebire, pentru că au pus în evidenţă influenţa campaniei intense făcută la întreaga populaţie, în 1904. Pe când înainte de 1904, existau foarte multe cazuri de paludism la Frăsinet, de la 40—50°/₀ din populaţie, în 1905, graţie tratamentului făcut în anul anterior, care a redus numărul recidivelor — de abia 4 la începutul campaniei — şi graţie şi supravegherei stricte a populaţiei, aşa în cât ori-ce caz ivit era imediat chininizat, posibilitatea extensiei prea mare a epidemiei a fost înlăturată şi numărul global al cazurilor a fost destul de mic. Faptul acesta reese şi mai clar prin comparaţie cu o comună vecină, Lunca Obileşti, situată la 5 kilometrii depărtare de Frăsinet, în care în 1905 am făcut pentru întâia dată o campanie antimalarică. In această comună, în anii anteriori, din anchetele făcute, putusem constata că, se produseseră numeroase cazuri de paludism. In 1904, când eram la Frăsinet, îmi veneau foarte mulţi bolnavi de la Lunca Obileşti pentru chininizare. Am instalat de aceea, pe unul din agenţii sanitari pe care-l avusesem la Frăsinet în 1904, cu scop de a chininiza sistematic cazurile de febră cari se vor ivi. Controlul acestei localităţi îl făceam împreună cu Papinian. La o populaţie de 250 locuitori au fost în 1905, 92 cazuri de paludism, (52 terţe, 30 cotidiane sau duble terţe, 4 cuarte, 4 estivo-automnale) ceea-ce face 36°/₀ din populaţie. Intr'acelaşi an prin urmare, în aceleaşi condiţiuni epidemiologice — situaţia comunei Obileşti fiind aproape identică cu aceea a comunei Frăsinet, mlaştine de jur împrejur — numărul cazurilor de friguri a fost în Lunca Obileşti de trei ori mai mare (36°/₀) de cât la Frăsinet (11.5°/₀). Experienţa aceasta făcută într'acelaşi an, în două comune învecinate, e cât se poate de demonstrativă, din punctul de vedere al influenţei depărtate, de la un an la altul, a chininizărei intensive aplicată într'o localitate determinată.

Campania din 1906 a fost întinsă la un număr mult mai mare de localităţi. Pentru a avea un personal capabil să întreprindă opera de profilaxie chininică, am propus directorului general al servîciului sanitar, profesorul Obregia, să iau câţi-va dintre sub-chirurgii şi agenţii sanitari, cari urmau şcoala din Bucureşti şi într'o serie de conferinţe, să le arăt modul cum campania antimalarică trebue să fie înţeleasă. Conferinţele au fost făcute în Aprilie, aşa în cât în Mai, agenţii sanitari aveau preparaţia necesară ca să întreprindă o chininizare sistematică.

Cursul acesta, a fost înainte de toate practic şi a constat în expunerea în linii mari a principalelor simptome ale malariei, în diferenţiarea clinică a frigurilor de baltă de afecţiunile cu cari se pot confunda şi mai cu deosebire în specificarea modului de a trata şi preveni frigurile. Pentru a putea exercita o supraveghere riguroasă, în ceea ce priveşte aplicarea măsurilor recomandate agenţilor, în afară de inspecţiile repetate pe cari le-am făcut într'aceste localităţi, am instituit şi controlul prin examenul microscopic al sângelui. Examinând lamele de sânge, lame pe cari agenţii învăţaseră să le ia în mod destul de convenabil, îmi propuneam, după ce la începutul şi la finele campaniei se examina sângele întregei populaţii supusă la profilaxie, să am date exacte asupra rezultatelor obţinute, din punctul de vedere al sterilizărei sângelui de ematozoari. Lamele de sânge erau trimise de agenţi la laboratoarele de medicină experimentală şi istologie şi pentru examenul lor am fost ajutat de d-nii doctori Vranialici, Gălăşescu şi Gorăscu.

Agenţii sanitari au fost detaşaţi în localităţile paludice la sfârşitul lunei Mai. Printr'o circulară publicată în Buletinul sanitar, de la 15 Mai 1906, am arătat punct cu punct, ceea ce agenţii sanitari aveau de făcut la deschiderea campaniei. Printre alte circulare (No. 2, 3, 4, 5) publicate unele în Buletinul sanitar dintr'acelaşi an (15 Iunie) măsurile care trebueau să fie aplicate succesiv în cursul campaniei, au fost precizate. In determinarea localităţilor, prin adrese făcute medicilor primari din judeţele cele mai impaludate, direcţia sanitară a cerut să se arate comunele cele mai bàntuite de malarie.

Alegerea localităţilor a fost mai totdeauna nemerită, după cum se va vedea şi mai bine din expunerea datelor campaniei. Pentru a culege aceste date, fie-care agent nota într'un registru, observaţia fie-cărui din locuitorii comunei unde fusese detaşat, arătând antecedentele din punctul de vedere al paludismului, cantitatea de chinină administrată curativ sau preventiv, forma de friguri observată. Agenţii au rezumat apoi într'o expunere succintă, redijată după instrucţiile pe cari le primiseră, rezultatele obţinute notând şi punctele cari puteau să prezinte oare-care interes în ceea ce priveşte epidemiologia paludismului: situaţia satului, întinderea bălţilor, numărul de paludici din satele vecine, unde nu se făcuse o campanie antimalarică şi anexând la expunere şi o schiţă a satului, în care erau arătate casele celor cu friguri, numărul celor bolnăviţi dintr'aceeaşi casă, casele celor profilaxaţi. Datele relatate de agenţi, au fost controlate de mine în repetate rânduri, în inspecţiile făcute în localităţile unde se chininiza populaţia. Registrele ca şi rezumatele campaniei din aceste localităţi, se află depuse la direcţiunea serviciului sanitar. Mă voi mulţumi, ca să nu prelungesc prea mult această expunere, să extrag pentru fie-care comună numai rezultatele globate.

La *Frăsinet* (Ilfov); populaţie 561 locuitori. Cum se făcuse profilaxia chininică în cei doi ani anteriori, s'a lăsat în observaţie în 1906 intreaga comună, pentru a vedea cât de mare va fi morbiditatea malarică, tratând însă cazurile pe măsură ce se iveau. Din 561, s'au impaludat 91 (21 din cei cari nu luaseră chinină în campaniile anterioare, nici curativ, nici profilactic, 9 din cei trataţi curativ în 1904, 17 din cei profilaxaţi în 1904, 7 din cei îmbolnăviţi şi trataţi curativ în 1904 şi profilactic în 1905, 13 din cei impaludaţi şi trataţi curativ în 1905, 13 din cei profilaxaţi în 1904 şi 1905, 3 din cei profilaxaţi numai în 1905).

In 1906, fără profilaxie chininică, procentul impaludaţilor a fost în Frăsinet de 16°/₀, ceva mai mare prin urmare de cât în 1905, când procentul a fost de 11.5°/₀, în urma profilaxiei făcute la o parte din populaţie. Faţă însă de anii anteriori campaniilor antimalarice, când proporţia impaludaţilor se ridica până la 50°/₀, cifra aceasta de 16°/₀ e destul de mică. Studiind amănunţit observaţia fie-cărui bolnav, se poate vedea că un bun număr de cazuri, cel puţin 29, sunt datorite recidivelor, cari după cum am arătat mai sus, sunt cauza care menţine epidemiile de malarie.

Efectele chininizării din anii anteriori s'au resimţit încă în 1906, de oare-ce pe când la Frăsinet, numărul bolnavilor a fost de 16°/₀, în satul vecin Tăriceni, situat la o distanţă de 8 kilometri, numărul impaludaţilor la o populaţie de 568 locuitori, a fost de 172 sau $30^0/_0$.

Agentul sanitar din Frăsinet, nu s'a mulţumit să facă o simplă anchetă superficială în Tăriceni, ci a fost deseori în localitate şi cu începere din luna Octombrie, s'a instalat în acest sat, pentru a trata numeroasele cazuri de recidive cari se iviseră în urma epidemiei intense de peste vară. epidemie care făcuse pe locuitori să petiţioneze la direcţia sanitară, ca să ceară o chininizare, după modelul celei din Frăsinet.

La *Lunca-Obileşti* (Ilfov); populaţie 275 locuitori. S'au supus la profilaxie 120, din cari s'au bolnăvit 2, ceea ce reprezintă $1.65^0/_0$, pe când din cei 151 martori s'au bolnăvit 30 sau $20^0/_0$; 4 locuitori au fost găsiţi impaludaţi, cu accese înainte de profilaxie.

La *Vădastra* (Romanaţi); populaţie 1402 locuitori. In 1905 fuseseră 209 paludici (cifra a fost probabil şi mai mare de oare-ce anchetele retrospective sunt rare-ori exacte). In 1906, până la începutul profilaxiei (24 Iunie), s'au impaludat 67 locuitori. De la această dată s'au supus la chininizare a 7-a şi a 8-a zi 500 locuitori; 50 au fost chininizaţi zilnic. Din primii 500 s'au impaludat 3, din ceilalţi 50 nici unul.

Din 781 rămaşi ca martori, s'au îmbolnăvit 71. Pe când deci, din cei profilaxaţi s'au impaludat numai $0.8^0/_0$, numărul celor bolnavi a fost mult mai mare printre martori: $9^0/_0$ şi dacă se socotesc şi cei bolnavi înainte de profilaxie, $17^0/_0$. In comuna vecină Vădăstriţa, cu o populaţie de 2689 locuitori s'au găsit într'acelaşi an în urma anchetei făcute, 225 paludici ($9^0/_0$).

La *Cruşov* (Romanaţi); populaţie 1085 locuitori. In 1905 au fost 142 cazuri de paludism; în 1906, până la începutul profilaxiei (24 Iunie), numărul paludicilor a fost de 53. Cu începere de la 24 Iunie, 270 au fost chininizaţi a 7-a şi a 8-a zi; dintre ei s'a impaludat unul singur: din 22 profilaxaţi zilnic nu s'a bolnăvit nici unul. Din 730 păstraţi ca martori, s'au impaludat 41. Pe când dar, dintre profilaxaţi nu s'au bolnăvit de cât $0.35^0/_0$, printre martori proporţia impaludaţilor a fost de $5.5^0/_0$ şi dacă se socotesc şi cei impaludaţi înainte de începerea profilaxiei, dc $12^0/_0$.

In comuna vecină Grădinele, în care nu s'a făcut profilaxia, dintr'o populaţie de 1200 locuitori, s'au impaludat într'acelaşi an 104 locuitori.

La *Liiceni* (Romanaţi); populaţie 495 locuitori. In 1905 au ost 110 cazuri de paludism.

Până la începerea profilaxiei, în 1906, au fost 40 cazuri de friguri. De la 1 Iunie, sunt supuși la profilaxie, a 7-a și a 8-a zi, 358 locuitori, din cari s'au bolnăvit 2, pe când din 85, păstrați ca martori, s'au impaludat 25.

Procentul celor impaludați a fost deci de 0.6$^0/_0$ dintre profilaxați și de 30$^0/_0$ dintre martori, și dacă se socotesc și cei bolnavi înainte de profilaxie de 50$^0/_0$. In satul vecin Drăghiceni, situat la o distanță de $3^1/_2$ klm., în care nu s'a făcut profilaxia chininică, numărul impaludaților a fost de 106 la o populație de 431 locuitori.

La *Săpunari* (Ialomița); populație 994 locuitori. Până la începerea profilaxiei, în 1906, au fost 33 impaludați. De la 24 Iunie, sunt supuși la profilaxie 520 locuitori, din cari s'au bolnăvit 2; din 461 păstrați ca martori, s'au impaludat 154.

Făcând comparația se vede că, din profilaxați s'au impaludat 0.35$^0/_0$, pe când dintre martori procentul a fost de 33$^0/_0$ și dacă se socotesc și cei bolnavi înainte de profilaxie, într'acelaș an, de 40$^0/_0$. Agentul sanitar detașat la Săpunari a tratat cazuri și din satele vecine: din Sârbeni 3 cazuri, din Gurbănești 2, din Ștefănești 4, din Lehliu 1, din Mihăilești 1. Bolnavii aceștia, paludici învederați, auzind de succesul chininizărei în Săpunari, veneau de la distanțe destul de mari și unii din ei luau chiar camere cu chirie în sat, ca să urmeze tratamentul în timpul celor șease zile reglementare. Li se da apoi chinină ca să continue tratamentul la domiciliu. Intr'acelaș an, în satele vecine unde nu s'a chininizat populația, s'a putut constata după anchetele făcute, un număr destul de mare de paludici. In comuna Lehliu situată la o distanță de 3 klm., au fost la o populație de 1420 locuitori, 169 cazuri de paludism. La Sàrbeni la o distanță de 4 klm. 51 cazuri la o populație de 603 locuirori. La Salcia, situată la o distanță de 7 klm., 34 cazuri la o populație de 280 locuitori. La Odăile, situată la o distanța de $8^1/_2$ klm., 73 cazuri la o populație de 563 locuitori. La Cărăuși, situată la o distanță de 3 klm., 53 cazuri la o populație de 203 locuitori.

La *Vlădeni* (Iași); populație 674 locuitori.

Până la profilaxie (13 Iunie) în 1906 au fost 51 impaludați. De la această dată, 310 supuși la profilaxie, impaludați 2. Din 303 martori, impaludați 63. Procentul la cei profilaxați a fost de 0.6$^0/_0$, la martori de 21$^0/_0$ și dacă se socotesc și cei bolnavi înainte de profilaxie, într'acelaș an, de 36$^0/_0$.

La *Câuești* (Iași); populație 394 locuitori.

Până la profilaxie (24 Iunie) au fost în 1906, un număr de 58 impaludaţi. De la 24 Iunie s'au supus la profilaxie 208, din cari s'au impaludat 5; din 122 păstraţi ca martori s'au impaludat 16. Procentul celor impaludaţi a fost la profilaxaţi de 2.4°/₀, la martori de 14°/₀, şi dacă se socotesc şi cei bolnăviţi, înainte de profilaxie, într'acelaşi an, de 40°/₀. In satele vecine în cari nu s'a aplicat chininizarea preventivă, numărul paludicilor a fost foarte mare.

La Râdeni cu o populaţie de 320 locuitori, au fos 119 cazuri: la Păuleni, la o populaţie de 321 locuitori, 123 cazuri; la Roşcani, la o populaţie de 204 locuitori, 87 cazuri.

La *Ghidigeni* (Tutova); populaţie 600 locuitori.

Până la profilaxie (21 Mai) au fost în 1906, 71 paludici. De la această dată se supun la profilaxie 326 locuitori din cari s'au impaludat 3; din 192 păstraţi ca martori, numărul bolnavilor a fost de 75. Făcând comparaţia se vede că, dintre profilaxaţi s'au impaludat 0.9°/₀, pe când dintre martori, numărul impaludaţilor a fost de 40°/₀, şi dacă se socotesc şi cei îmbolnăviţi, într'acelaş an, înainte de profilaxie de 55°/₀.

La *Voevoda* (Teleorman); populaţie 1125 locuitori.

Până la profilaxie (24 Iunie) au fost, în 1906, 50 cazuri. Din 150 supuşi la profilaxie, s'au impaludat 2; din 805 păstraţi ca martori s'au bolnăvit 170. Procentul a fost de 1.5°/₀ printre profilaxaţi, de 21°/₀ printre martori, sau de 26°/₀ dacă se socotesc şi cei bolnavi înainte de profilaxie, într'acelaşi an. In satul vecin Furculeşti au fost, în 1906, la o populaţiune de 1450 locuitori, 340 paludici.

La *Trifeşti* (Roman); populaţie 1343 locuitori.

Până la începerea chininizărei profilactice (11 Iunie) au fost, în 1906, 21 impaludaţi. Din 563 supuşi la profilaxie nu s'a impaludat nici unul; din 780 păstraţi ca martori, s'au bolnăvit 68. Procentul printre profilaxaţi a fost de 0°/₀, printre martori de 9°/₀, şi dacă se socotesc şi cei bolnavi înainte de profilaxie, într'acelaş an, de 11.5°/₀.

La *Satul Nou* cătun dependinte de comuna Grozeşti (Fălciu); populaţie 303 locuitori.

Până la profilaxie (11 Iunie) au fost, în 1906, 25 paludici. De la această dată, din 188 supuşi la profilaxie, nu s'a impaludat nici unul; din 70 păstraţi ca martori s'au impaludat 12. Procentul este de 0°/₀, între cei profilaxaţi, de 17°/₀ între martori şi chiar de 33°/₀, dacă se socotesc şi cei îmbolnăviţi, în 1906, înainte de profilaxie.

La *Petrichioaia* cătun dependinte de comuna Creaţa Leşile (Ilfov); populaţie 339 locuitori.

Până la profilaxie (15 Iulie) au fost, în 1906, 60 impaludaţi. Din 196 supuşi la profilaxie 21 s'au impaludat, din cauză că n'au urmat chininizarea regulat; din 81 păstraţi ca martori s'au impaludat 21. Pe când dar dintre profilaxaţi s'au impaludat 10°/₀, numărul celor îmbolnăviţi dintre martori a fost de 35°/₀ sau chiar de 60°/₀, dacă se socotesc şi cei bolnavi înainte de profilaxie. In satele vecine au fost în 1906: la Leşile, populaţia 471 locuitori, 113 impaludaţi; la Stoenoaia, populaţie 286 locuitori, 124 impaludaţi; la Surlari, populaţie 570 locuitori, 196 impaludaţi.

(Va urma)

PUERICULTURĂ PRACTICĂ

CONSTANTIN DANIIL

Instrucţiuni practice
referitoare la
Ingrijirile ce se dau noului născut

De la naştere până la înţărcare, adică în tot timpul cât durează legăturile de nutriţie între mamă şi copil prin intermediarul glandelor mamare, noul născut e încă în fază obstetricală. Toată fiziologia, toată patologia sa trebuie urmărită de gynecolog. După înţărcare, când lactaţia s'a stins, când au încetat raporturile alimentare între sân şi copil, când acesta începe a umbla şi erupţia dentară e în plină evoluţie, atât fisiologia cât şi patologia sa devin diferite. Noul născut iese din faza puerperală; rolul obstetricianului dispare pentru a face loc pediatrului.

Trebuie deci ca practicianul, care a asistat la naştere, care a dat primele ajutoare mamei, să posede toate cunoştinţele necesare pentru a îngriji pe noul născut în timpul alăptărei. El are ca misiune, în acest timp: *a)* a-l conserva, adică a-l împiedeca d'a muri, *b)* a face tot ce e posibil pentru ca copilul să se desvolte cât mai bine, adică să crească şi să devie viguros. Pentru acesta, trebue:

a) să se sustragă copilul de la influențele exterioare morbide, b) să se alăpteze convenabil, c) să fie supus la oare-cari reguli de higienă (să fie spălat, îmbrăcat, etc.).

1. **Toaleta ochilor.** — Imediat după naștere, copilul este depus pe spate pe un șervet curat și cald, între coapsele mamei, la oare-care distanță de organele genitale, spre a nu trage pe placentă. Apoi, înainte de ligatura cordonului, se procedă la desinfecțiunea ochilor. Se ia un tampon de vată sterilizată și cu apă fiartă și săpun se face toaleta ochilor, ridicându-se toate mucositățile cari pot contamina conjunctiva. Cu ajutorul a două degete se întredeschide ochii și se stoarce pe globul ocular câte-va picături de zeamă de lămâie (sau o soluție de acid citric 5 la 100), *ca tratament profilactic al oftalmiei*. Dacă sunt temeri de o infecție blenoragică a ochilor în cursul trecerei capului prin vagin, se va instila in fie-ce ochi 4—5 picături din soluția de nitrat de arginte (1 la 100).

In zilele următoare, de 2 ori pe zi (dimineața după fie-care baie, și seara), cu un tampon de vată sterilizată muiat în apă fiartă, se va face o simplă loțiune a ochilor, spre a se evita conjunctivitele secundare.

2. **Pansamentul cordonului ombilical.** — După ce s'a practicat ligatura, cordonul este spălat și desicat ca și restul pielei copilului. Apoi se procede la un pansament uscat, consistând în a învăli cordonul cu puțină vată sterilizată. Pentru a menține acest pansament, se face în jurul corpului cu o fașe de gaz, 2—3 tururi. In fie-ce zi, după baie, pansamentul ombilical e schimbat, până la căderea cordonului (5—8 zile). In urmă, e suficient a se depune un mic tampon de vată aseptică la nivelul inserției cordonului, până la cicatrizarea complectă a ombilicului.

3. **Baia.** — Când copilul a fost separat de mamă, se învălue cu un șervet curat și se depune pe o masă pentru a fi curățit. Dacă temperatura e rece, se va uza de un șervet cald, și ne vom pune aproape de sobă. Cu un tampon de vată și săpun ordinar neparfumat (sau cu palma mânei și cu un gălbinuș de ou, dacă pielea e curată) se fricționează tegumentele în toată întinderea lor. Apoi se prepară o baie căldicică, la temperatura corpului (37°), de apă simplă sterilizată prin fierbere, conținută într'un vas sterilizat prin flambaj.

Acest vas e o baie specială (baignoire) sau o baie improvizată (bain de pieds, lighian) de metal sau faianţă.

Pentru a duce copilul în baie, trebuie apucat în aşa mod ca să nu-i facem rău şi să nu cază. Nici o dată nu se va lua un copil cu mâinile de pântece. Il vom lua horizontal. Mâna stângă se va insinua sub ceafă, spre a forma un fel de demi-gutieră care să susţie gâtul şi capul. Cu mâna dreaptă se vor lua gambele în modul următor: indexul se va introduce între cele 2 gambe; el formează cu degetul mare un inel care înconjoară gamba dreaptă, pe când formează cu celelalte 3 degete inelul gambei stângi. Fiind ast-fel prins, copilul e ridicat uşor şi muiat în baie, până ce tot corpul este în apă, afară de cap. Pe când mâna dreaptă care a părăsit gambele face spălături copilului cu un tampon de vată curată sau goală, mâna stângă imobilă, va continua a susţine capul in afară din apă.

In baie, copilul va fi ţinut 2—3 minute. Apoi va fi scos, tot în modul cum a fost dus în baie, şi învelit într'o flanelă caldă sau un şervet de pânză nou, curat şi uscat, încălzit la sobă. Se procede apoi la ştergere, care va fi legeră şi minuţioasă, pentru a ridica ori-ce urmă de umiditate. E bine pentru a se complecta uscarea şi pentru alunecarea corpului să se pudreze pielea cu puţină făină de orez sau amidon neparfumată.

In primul an când copilul se murdăreşte tot timpul, băile se vor repeta zilnic, de peferinţă dimineaţa.

4. **Imbrăcămintea.** — Ori-care ar fi îmbrăcămintea adoptată, ea trebuie aplicată în aşa mod ca *să sustragă pe copil de la intemperii şi să-i lase libertatea mişcărilor.* Ea trebuie să-l preserveze de frig sau de o căldură prea mare, şi să-i dea posibilitatea de-a-şi mişca picioarele şi braţele. Pentru îmbrăcămintea unui copil la sân, trebuie să avem la dispoziţie: *a)* necesarul pentru a acoperi *partea superioară a corpului* (o cămăşuţă, o brasieră), *b)* necesarul pentru a acoperi *partea inferioară* (un şervet, un pantalon de flanelă, ciorapi, pantofi de lână), *c)* în fine, o rochiţă *pentru a acoperi totul* (după sezon, după cum copilul stă în casă sau iese afară, se vor pune 1 sau 2 rochiţe). Pentru a evita ca copilul să răcească (contrar englezilor şi americanilor) *nu se vor lăsa braţele goale*; se vor prefera rochiţele de flanelă cu mâneci.

Ast-fel procedat, în locul vechilor moduri de „împachetare" a copilului, se întrebuinţează azi o îmbrăcăminte higienică, comodă (îmbrăcămintea modernă franceză) mai mult sau mai puţin perfecţionată după mijloacele familiei ; *care să nu-l strângă prea mult, să nu-i comprime pieptul împiedicând mişcările respiraţiei*, dar care să nu fie nici prea largă şi să alunece de pe corp.

5. **Schimbarea.** — Contactul prelungit al urinei şi materilor intestinale irită pielea, roşind-o sau determinând excoriaţii. Rufele trebuie deci premenite cât de des, după fie-ce evacuaţie. Pentru a şti când copilul şi-a făcut funcţiunile, ne vom conduce după udarea îmbrăcămintei, după plânsetele şi agitaţia lui. Sau îl vom schimba la ore regulate (de 3 — 4 ori pe zi în primele 3 luni). După ce s'a desbrăcat copilul, se va spăla pielea cu un tampon de vată îmbibată în apă fiartă, se va usca şi supudra cu puţină pudră de talc sau licopod.

Mai târziu cu începere din luna 4-a, se va educa copilul a eşi pe vas. Ştiind că noul născut nu se udă, nu evacuează materiile intestinale de cât după ce s'a agitat, se va desbrăca la acest moment şi se va pune repede pe un mic vas. Repetând de mai multe ori pe zi această operaţie, copilul se obicinueşte repede cu senzaţiile ce simte pe vas şi nu mai evacuează de cât când va resimţi aceste senzaţii.

6. **Supraveghierea alăptărei.** (1) — Prin aspectul său general, prin modul desvoltărei sale, putem urmări copilul dacă absoarbe destul lapte şi dacă acest lapte e bun. *Nu laptele trebuie analizat ci copilul*, zice Pinard. *Ori-ce nou născut ştie să sugă sânul*. La început, el va fi pus alături de mama sa, în aşa mod în cât gura să fie la nivelul sânului. Dacă mama e pe scaun, el va fi ţinut transversal, mama susţinând capul cu braţul spre a-l pune mai sus ca picioarele. In primele zile după naştere, sunt copii cari iau sânu imediat. Alţii trebuie exersaţi. Mama ia sânul în mână şi *ţinândl vârful între index şi medius* presează uşor spre a face mamelonul mai eşit şi a scoate câte-va picături de lapte. In contact cu laptele copilul ia imediat ţâţa. Acest mod d'a ţine sânul e util de oare-ce

---

(1) Intr'o notă anterioară (C. Daniel, Instrucţiuni practice privitoare la alăptare, Revista Ştiinţelor Medicale No. 12, Decembre 1908), am arătat modul cum trebuie dirijată alăptarea din punct de vedere al mamei.

permite ca *narinele să fie libere* (copilul respiră prin nas în timpul sugerei) evitând de a se apropia prea mult sânul de nas. *In primele zile copilul ia neregulat şi are nevoie de foarte puţin lichid;* dacă nu vrea să ia ţâţa nu i se va da nimic alt-ceva. Dacă strigă, nu trebuie nici să'i se dea sânul, nici legănat: *„educaţia copilului trebuie începută de la naştere"*.

Când noul născut ştie să sugă, *se va supraveghia modul cum suge*. Când după 5—6 succiuni nu se opreşte spre a înghiţi, aceasta indică că sânul are puţin lapte sau că laptele iese dificil. După ce a făcut câte-va mişcări de înghiţire, ostenit, nesăturat, copilul îngălbineşte şi *adoarme la sân*. De asemenea, când fie-ce sugere e urmată de o mişcare de înghiţire, când laptele curge din gura copilului, indică că lichidul iese din sân cu prea multă uşurinţă, sau că sugaciul e prea lacom. In aceste cazuri, copilul ia în câte-va minute prea mult lapte şi *varsă imediat*. Aceste rejurgitaţii (supra-încărcarea stomacului) deşi nu ostenesc pe copil ca vărsăturile propriu zise, nu trebuesc să se repete prea des. Trebue deci supraveghiată luarea sânului, căci dacă un copil suferă când nu ia destul lapte, el poate deveni bolnav dacă ia prea mult.

Când a supt bine, copilul stă mulţumit, nu strigă, cu ochii deschişi, apoi se adoarme având respiraţia calmă şi regulată.

7. **Supraveghiarea digestiei.** — Se va examina cu îngrijire *numărul, cantitatea, calitatea evacuaţiilor intestinale; culoarea şi mirosul urinei.* Un copil care murdăreşte şi udă rufele regulat, digerează bine. Mai multe evacuaţii pe zi, de culoare galbenă şi fără miros, însemnează că copilul suge destul şi se alimentează bine.

Un nou născut care suge şi digerează bine trebuie să evacueze zilnic şi să aibe în general: în I-a lună = 2 — 6 evacuaţii în 24 ore; de la II-a la VI-a lună = 2 — 4 evacuaţii; după VI luni = 1 — 2. Când eşirile afară vor fi superioare sau inferioare acestor cifre, copilul va fi supraveghiat mai de aproape. Când un copil e *constipat* (o evacuare pe zi sau la fie-ce 2 zile) însemnează în general că *alimentaţia sa e insuficientă*. Când din contră, evacuările sunt numeroase (8—10 pe zi), când are *diaree*, aceasta indică că *alimentaţia e prea abundentă sau rea*.

In afară de număr, se va supraveghia calitatea evacuărilor. Materiile evacuate de un copil care digeră bine, sănătos, sunt *de culoare galbenă, de consistenţă moale demi-lichide, bine legate, ino-*

dore, cea ce le aseamănă cu jumările de oŭ. Când sunt palide, *albicioase, indică că starea nu e prea bună.* Când sunt *verzi, indică că digestia e rea.* Când sunt *verzi ca spanacul indică o agravare.* Adese la începutul digestiilor rele, materiile sunt galbene la emisie și se înverzesc în contact cu aerul.

Când *consistența evacuarilor e inegală,* când sunt amestecate de părți solide și lichide, indică că *digestia devine imperfectă, anormală.* Când *evacuările degajă un miros fetid, indică fermentații intestinale;* ele se observă mai des la copiii alăptați artificial.

8. **Urinele.** — Urinele copiilor cari se alimentează bine sunt abundente, transparente, incolore, inodore. Când rufele sunt colorate de urină, sau urina degaje un miros tare, anunță adese turburări intestinale, frecuente la copii alăptați artificial. Când urinează puțin, indică o alimentație insuficientă.

9. **Creșterea.** — In afară de cântărit, se va supraveghia creșterea ținându-se socoteală de aspectul general al copilului. Un copil *în perfectă sănătate,* bine alăptat, are o fisionomie deșteaptă; figura e plină și rotundă; privirea vie; pielea întinsă, netedă și transparentă; țăsuturile tari. Pântecele nu e voluminos și când strigă, strigătul e viguros. Sutura membranoasă e mai mult sau mai puțin lungă și degetul („balance du pauvre", Pinard) simte fontanela moale și întinsă. Ori-ce copil *rău alăptat,* e mai mult sau mai puțin palid; privirea stinsă și tristă; pielea seacă și sbârcită; țăsuturile moi și flaște; strigătul slab, stins, *geme.* (Pinard)

10. **Patul.** — Nici o dată copilul nu trebuie să doarmă în acelaș pat cu mama sa sau cu altă persoană. El va dormi într'un *pat fără leagăn,* de fer de preferință, în care se va pune o saltea simplă de paie de ovăz. Aceasta fiind eftină poate fi reînoită cât de des. De asemenea o perină de păr de cal nu prea groasă.

Spre a evita asfixia prin vărsături *copilul va fi culcat nu pe spate ci pe lături,* când pe o parte când pe alta. Patul va fi în colțul camerei, la lumină, la adăpostul soarelui, sgomotului, vântului și umezelei.

11. **Somnul.** — In primele luni ale existenței sale copilul suge și doarme. Și în tot cursul anului I-iu, somnul e trebuincios nu

numai noaptea, ci şi ziua de mai multe ori, mai ales după ce suge pentru a facilita digestia. Pe măsură ce creşte, copilul are nevoie ziua de mai puţin somn şi de mai multă şedere la aer.

12. **Strigătul.** — Numai prin strigăt noul născut poate să-şi traducă impresiile, să-şi manifeste trebuinţele şi dorinţele; este un mic limbagiu al său. De obiceiu copilul strigă când simte foamea sau setea, când e ud sau murdar de materii fecale, când e prea strâns, când e rău alăptat.

13. **Temperatura camerei.** — E bine ca temperatura să nu fie sub 15° sau d'asupra lui 20°. *Frigul e inimicul copilului.* Când camera pare puţin rece, să acopere copilul cu 1 sau 2 cuverture. Se poate încălzi şi cu 1—2 sticle umplute cu apă fierbinte, cari se vor pune în pat, lângă copil. Se va reînoi aerul cât mai des. In acest interval, iarna se va plasa copilul într'o altă cameră.

14. **Cântăritul.** — E bine ca noul născut să fie cântărit *zilnic* într'o balanţă specială (pèse-bébé), sau, în lipsă de aceasta, *la fie-ce 8 zile* într'o balanţă ordinară, în tot-d'auna cu stomacul gol punându-l într'un coşuleţ de nuele. Se va putea ast-fel urmări aproximativ creşterea sa. In primele zile ale vieţei copilul scade de greutate, 200 — 300 gr. în medie (evacuarea meconiului). Către a 5-a zi greutatea începe a creşte. A 8-a zi îşi ajunge greutatea din ziua naşterei şi creşte progresif cum urmează:

	Pe zi	Pe săptămână	Pe lună
I-a lună cu	15-30 gr.	250 gr. (2-a, 3-a, 4-a săpt.)	500-1000 gr.
II-a „ „	20-35 „	250 „	800-1200 „
III-a „ „	20-40 „	275 „	800-1400 „
IV-a „ „	15-30 „	170 „	450- 900 „
V-a „ „	10-20 „	110 „	300- 600 „
VI-a „ „	10-15 „	95 „	300- 450 „

Cum se vede, noul născut creşte cel mai mult I-a lună şi mai ales în a II-a şi III-a. Apoi cu toate că creşterea sa perzistă, ea diminuează progresif şi nu reprezintă la finele anului I-iu de cât o mărire zilnică de 4—5 gr.

Ast-fel că greutatea copilului care la naştere are 3000—3500 gr., este la finele anului I-iu aproximativ de 9 kilogr. Iată, în medie greutatea copilului, la finele fie-cărei luni:

Finele	I-ei	luni	4000	gr.
„	II-a	„	4500	„
„	III-a	„	5500	„
„	IV-a	„	6000	„
„	V-a	„	6500	„
„	VI-a	„	7000	„
„	VII-a	„	7500	„
„	VIII a	„	7800	„
„	IX-a	„	8200	„
„	X-a	„	8500	„
„	XI-a	„	8800	„
„	XII-a	„	9000	„

15. **Eşirile la aer. Căruciorul.** — Prima eşire va avea loc după a 10-a zi vara, după a 50-a iarna. Preumblările la aer sunt necesare şi iarna cu o condiţie ca temperatura exterioară să nu fie inferioară de + 10°. Ca şi frigul, se va evita ploia, vântul, soarele prea tare. In trăsură, copilul va fi pus ast-fel ca faţa să privească fundul trăsurei. Eşirile dimineaţa sunt preferabile celor de seara. Pe frig va fi bine învelit şi acoperit cu o voaletă care să-i protege obrazul. Când e mic şi încă uşor, va fi purtat *în braţe*; mai târziu (după 9—10 luni) va fi preumblat *într'un cărucior pentru copii* cu coş protector şi *arcuri elastice*. Când copilul a crescut în condiţii normale, *el începe a merge la 18 luni. Ori-ce copil care nu umblă singur la 2 ani va fi arătat unui medic.*

16. **Vaccinarea.** — Se va face 2—3 zile înainte de prima eşire, dacă e teamă de epidemie de variolă. E preferabil a se vaccina copilul la a 3-a sau a 4-a lună, când e mai rezistent. Fetiţele vor fi vaccinate la coapsă.

17. **Dentiţia.** — Prima erupţie dentară (temporară = dinţii de lapte) începe către luna 6-a. Când dentiţia e normală, dinţii apar în grupuri determinate, şi între apariţia unui grup şi altuia există un interval de repaus de mai multe luni. Aceste grupuri apar mai

întâiu înainte, apoi pe lături, înfine înapoi. *Primul grup se vede în general la a 6-a sau a 7-a lună;* ultimul la finele anului al 2-lea sau mai târziu. Ordinea erupției dentare se prezintă mai adese ast-fel:

I-iul	grup cuprinde	*2 incisivi inferiori mediani* (6-a la 8-a lună)
II-a	„ „	*4 incisivii superiori* mediani (întâiu) laterali (apoi)
III-a	„ „	*2 incisivii inferiori laterali* și *4 primele molare.*
IV-a	„ „	*4 canini*
V-a	„ „	*4 molare mari* (la 2 ani)
		20 dinți de lapte

La copiii nutriți rău, bolnavi, *apariția dinților e tardivă sau se face neregulat. In timpul erupției dentare copilul e în stare de minimă rezistență, el e mai expus la boale.* In plus erupția se poate însoți de accidente locale inflamatorii ale gingiilor.

18. **Primele manifestații de boală.** — Când un copil nu este bine, se observă de obiceiu: *a)* că are o schimbare a fizionomiei: e palid, arată obosit, e indispus; *b)* că plânge fără cauze și e neliniștit; *c)* că nu vrea să ia sânul sau biberonul; *d)* că are adese o sete nenaturală; *d)* dacă are febră, pielea e arzătoare, și când e mai înaltă, copilul e somnoros, moleșit (termometrul confirmă febra); *e)* limba e încărcată sau roșie închis; *f)* evacuațiile intestinale sunt modificate.

LUCRARI ORIGINALE

Dr. ANGHEL DANIEL

Contribuţiune la studiul icterului hemolitic

Şcoalei franceze — ultimelor ei lucrări din 1907 — revine meritul de a fi izolat din grupul icterelor un tip clinic cu totul nou în nosografie, ale cărui caractere sunt absolut distincte de acelea ale icterelor cunoscute până azi, sub numele de *ictere hepato-biliare.*

Denumirea de *icter hemolitic* (1), are o îndoită însemnătate: mai întâiu, enunţă, că icterul şi toate simptomele concomitente sunt consecinţa unui *procesus hemolitic* iniţial, sau mai exact, a unei leziuni fundamentale a *globulului roşu;* şi în urmă, că existenţa lui nu pare a fi în strânsă legătură cu alteraţiunea sau turburarea celulei hepatice (2).

Ast-fel că azi se revine la vechea concepţiune a dualităţei icterelor, de origină *hepatică* (hepatogene) şi de origină *hematică* (hematogene), concepţiune apărată cu multă căldură de acum două secole de Glisson, Morgagni, Boerhave, Wan Swieten etc., dar mai ales sprijinită cu ultima energie de Gubler (icter hemafeic, hemafeism), în urmă condamnată şi părăsită definitiv de acum 30 de ani.

---

(1) După Widal, *„denumirea de stări hemolitice cu icter“* ar conveni mai exact cazurilor care ne ocupă; ar avea avantagiul de a precisa succesiunea fenomenelor. Cu toate astea dintre cele 2 termene de icter şi de *hemolisă*, cel d'întâiu este mai evident în clinică, pe când cel de al doilea trebue cercetat; icterul însă dă boalei aspectul său principal clinic, expune la erori diagnostice şi terapeutice. De aceia este mai legitimă apelaţiunea de *ictere hemolitice*“.

Widal, Abromi et Brulé: Les icteres d'origine hemolytiques. Archives des maladies du Coeur, des Vais, et du sang. No. 4, Avril 1908, p. 193.

(2) Cu toate astea sunt câte-va rezerve de făcut, precum vom vedea la capitolul patogeniei.

I. ISTORIC, GENERALITĂŢI, DEFINIŢIE

Punctul de plecare care a servit lucrărilor recente referitoare la desmembrarea icterelor din familia hepatică, a fost cercetările nouă asupra naturei *icterului acoluric*, descris de Legendre în 1897, dar mai ales cercetările asupra *icterului cronic spleno-megalic*, aşa că, istoricul icterului hemolitic este strâns legat de al celui d'intâiu.

Pentru netezirea terenului, iată în mod rezumat, caracterele clinice distinctive ale icterului cronic splenomegalic: icter cronic, de durată lungă, mai des congenital, familial sau hereditar şi în cazul acesta de natură benignă; mai rar, când se iveşte deadreptul în etatea adultă, şi atunci mai grav; cu splina mărită şi tare, cu ficatul normal sau rare ori puţin mărit, — hipertrofie netedă —; cu urina urobilinică, fără pigmenţi (acholurie, reacţiunea lui Gmelin negativă); cu materiile fecale nedecolorate; cu bilirubină, dar fără acizi biliari în serum sanguin; în fine cu stare generală satisfăcătoare, dar cu crize paroxistice — mai frequente în forma adultă —, în timpul cărora splina se hipertrofiază şi devine dureroasă, icterul mai intens, anemia mai accentuată. Ei bine, cercetările recente au dovedit că majoritatea icterelor cronice splenomegalice intră în categoria nouă a *icterelor hemolitice*, precum vom vedea în cursul memoriului.

Primele observaţiuni, de icter cronic splenomegalic au fost publicate de Hayem (1) în 1898, în urmă de Minkowski (2),

---

(1) Sub numele de icter *infectios splenomegalic*. Din cei 5 bolnavi studiaţi acum 10 ani de Hayem, 2 au fost revăzuţi, unul de Waquez şi Giroux, autopsiat, şi altul de Chauffard. Ambele aceste cazuri de icter splenomegalic cronic, supuse cercetărilor hematologice recente, intră în grupul icterelor hemolitice.

(2) Minkowski. Ueber eine eigentümliche hereditäre Form von splenomegalie mit chronischem Ikterus (Verhandlungen des 18 Krongresses für innere Medizin, Wiesbaden, 1900, şi *Semaine Médicale*, 1900 p. 149. Bettmann. Ueber eine besondere Form des chronischen Ikterus (Münch. med. Wochensc. 5 junie 1900). Gilbert, Castaigne şi Lereboullet. Un cas d'ictère familial. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpit. de Paris, 27 Iulie 1900 şi Semaine Médic. 1900, p. 281.

Bettmann, Gilbert, Castaigne și Lereboullet în 1909; de Pick (3) în 1903; de von Krannhals (4) în 1904.

Până la Minkowski (1900) natura și origina icterului splenomegalic erau subordonate infecțiunei ascendente intestinale.

Așa, pentru Hayem, icterul cronic splenomegalic aparținea icterului infecțios benign; el n'ar fi fost de cât un icter prin retențiune intra-hepatică, datorită unei angio-colite infecțioase de origină intestinală, cu resorpțiune consecutivă.

Gilbert, Castaigne și Lereboullet (1900) adoptară aceiași teorie, și pentru ei, icterul splenomegalic nu este de cât inelul intermediar, tipul de transiție, între icterul acholuric, și cirosa lui Hanot.

In definitiv, noțiunea infecțiunei domină patogenia acestui icter.

Obiecțiuni numeroase aduse de Glenard (Lyon) confirmate și complectate chiar de Hayem (1902), și în urmă de Kinkow (1904), Chauffard și Widal (1907), stabilesc că angiocolita și periangiocolita nu *există în toate cazurile*; căci în cirosele biliare chiar, unde prin natura procesului, ar trebui ca angiocolita să reapară cu mai multă evidență, totuși ea lipsește, ca în cazurile Janowski (1892), Erlanger (1893), Kinkoff (1903).

Ceva mai mult, faptul a câștigat o confirmare evidentă prin relațiunile celor 3 autopsii antentice de icter splenomegalic hemolitic (Minkowski 1900, Vaquez și Giroux 1907, Oettinger 1908; de reamintit și cazul lui Widal și Joltrain 1908), unde s'a adus dovada neîndoelnică că *angiocolita și deci procesul infecțios lipsea* cu desăvârșire. Vom reveni pe larg la anatomia patologică.

Afară de acestea este inutil de a mai reaminti că procesul infecțiunei descendente a detronat multe din achizițiunile teoriei infecțiunei ascendente, căci deja Kiener, Papoff, în 1883, Kinkoff (1894), admiteau o infecțiune generală pentru cirosa biliară; experiențele lui Malkoff (1897) arată cazuri în care splina este cea d'intâiu atinsă, cercetările lui Fütterer (1888), Blochstein (1890), Velch (1890), Chiari (1894), Cushing (1899), Pavvlowschi (1900), Dörr (1905), Foerster și Kayser (1905), dovedesc că infecțiunea ebertiană a căilor biliare, este datorită eliminațiunei bacililor tifici din sânge, prin organul hepatic.

---

(3) Pick. Ueber hereditären Ikterus (Wien. Klin. Woch.) 23 Aprilie 1903, p. 493.

(4) Von Krannhals. Ueber Kongenitalen Ikterus mit chronischem Milztumor (Deutsch. Arch. f. Klin. Méd. 1904, LXXXI 5—6 p. 596—612).

Lemierre și Abrami (1907) provoca colecistita și pericolecistita prin injecțiuni intra-venoase de bacili tifici, paratifici și pneumo-bacili Friedlander.

Prin urmare dar, nu este nici o îndoială, că atât infecțiunea ascendentă cât și cea descendentă nu convin explicațiunei naturei icterelor cronice splenomegalice (1).

In 1900, Minkowski, și în urmă Bettmann, din interpretarea primului caz de icter cronic splenomegalic congenital, autopsiat, emiseră părerea, că acesta ar fi *de origină sanguină*, prin hemolisă splenică și pleiocromie biliară consecutivă. Asertiunea părea plausibilă la acea epocă, dar lipsea baza științifică demonstrativă.

Lui Chauffard (1907) îi revine meritul de a fi arătat cel d'intâiu în știință, că majoritatea icterelor cronice splenomegalice congenitale sunt de natură hemolitică.

„Aceia ce putem afirma de acuma, zicea Chaufford, este că icterele congenitale, ast-fel precum au fost descrise de Minkowski, ast-fel precum au fost observate de noi, sunt niște *ictere hemolitice*. Aceia ce este congenital (ν) hereditar și familial, este fragilitatea globulară, iar locul lor nosologic adevărat nu este nici în patologia hepatică nici în cea biliară, căci icterul lor nu este de cât o manifestațiune secundară a unei stări splenice sau hematice de care el depinde“ (1).

Ipoteza lui Minkowski devenea o realitate. Confirmarea acesteia a fost dovada strălucită și surprinzătoare, prin descoperirea fenomenului *fragilității globulare*, în cursul icterului hemolitic: deglobulinizarea, adică, destrucțiunea exagerată și anormală a hemațiilor, *hemolisa* este datorită unei *micșorări a rezistenței globulare*, a unei stări particulare morbide, care face ca globulul roșu să fie mai vulnerabil și mai fragil și deci, consecutiv fenomenului hemolisei intense, să apară sindromului *icter*.

Prin urmare dar, *fragilitatea globulară* este la *baza icterului hemolitic*: icter hemolitic implică „sine qua non“ hemolisa prin heporesistența hemațiilor. Icterul este cu desăvârșire subordonat acestei stări a globulelor roșii, una nu merge fără alta.

---

(1) Hayem a revenit în ultimul timp asupra teoriei sale, și azi incriminează *Heredo-sifilisul* ca adevărată cauză a icterelor splenomegalice congenitale.

Vezi: Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 24 Janv. 1908 p. 123.

Discussion: Chauffard p. următoare.

(1) Chaufford. Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte. Semaine Méd. 16 Janvier, 1907.

Ast-fel Chauffard (1) deschise în clinică, un nou capitol al icterelor *hemolitice prin fragilitate globulară.*

In urmă şi paralel cu cercetările ulterioare ale lui Chauffard, Widal (2), şi elevii săi, Abrami, Brulé, Philibert, Ravaut, Joltrain etc. au contribuit a confirma realitatea tipului hemolitic, au perfecţionat metoda de tecnică hematologică şi au lărgit cadrul icterelor hemolitice, arătând pe de o parte pluralitatea lor ca origină, şi pe de alta pluralitatea lor ca aspecte clinice.

Aşa, se descrise, pe lângă icterul hemolitic congenital, tip Minkowski-Chaufford şi tipul Widal, icter hemolitic la adult.

Treptat, comunicările se înmulţesc, iar individualitatea icterului, nou descris, reese şi mai bine în relief.

Vaquez şi Giroux (3) (1907) publică, cel d'intâiu, după Minkowski un caz de icter hemolitic, urmat de autopsie şi studiu anatomo-patologic. Cade (4) comunică o serie de ictere hemolitice congenitale şi familiale, aruncând o rază de lumină asupra raportului dintre *cholemia* lui Gilbert şi icterele hemolitice (5).

Abrami (6) (1908) revine asupra unui caz ivit deadreptul în etatea adultă, tipul Widal, iar Saequepée (7) comunică Societăţei medicale din Paris (oct. 1908) prima observaţiune de icter hemolitic consecutiv *paludismului,* asupra căruia vom reveni la capitolul formelor.

Peste puţin Oettinger (8) raportează *studiul unui caz* de un interes deosebit, căci din protocolul autopsiei, şi din lesiunile histo-patologice, reese consideraţiuni sugestive asupra naturei şi patogeniei icterelor hemolitice.

---

(1) A se vedea comunicările şi discuţiunile de la Soc. Med. a spitalelor din Paris, publicate în Buletinele Soc., Noembrie Decembrie 1907, precum şi lucrările lui Chauffard cu elevii săi, Fiessinger, Troisier, etc. trecute la bibliografie.

(2) Vezi *Bibliografia,* cele 12 memorii de Widal şi elevii săi, asupra cestiunei.

(3) Vaquez et Giroux: Ictere Chronique acholurique avec Splénomégalie. Ses relations avec l'anémie hémolytique. Bullet. Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 8 Noemb. 1907, p, 1184.

(4) Cade. Une famille cholémique. Cholemie familiale et ictères hémolytiques Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 30 oct. 1908, p. 421.

(5) Cade et Chalier: Ictere hemolytique. Les relations avec la cholémie amiliale (Soc. Méd. des hôpitaux, Lyon, 15 Noemb. 1908).

(6) Abrami: Nouveau cas d'ictère hemolytique congénital et familial, Bull. et Mem. Soc. Méd. Hop. Paris, 16 oct. 1908, p. 329.

(7) Sacquëpée: Icteres hemolytiques d'origine paludéenne. Bull. et Mém. Soc. Med. Hôp. Paris, 23 oct. 1908, p. 361.

(8) Oettinger: Sur un cas d'ictère hémolytique non congénital. Etude des lésions anatomiques. Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 23 oct. 1908, p. 391.

Nu trebuesc uitate magistralele articole, cu privire la descripţiunea generală a cestiunei, datorite, unul lui Chauffard (1) iar cel-lalt lui Widal (2), şi elevilor săi Abrami şi Brulé.

In urma comunicărilor şi discuţiunilor ridicate în sânul Societăţei Medicale din Paris, cu privire la icterul hemolitic, Hayem (3) revenind asupra „icterului său *cronic splenomegalic*“, respinge teoria hemolitică, iar Glénard (4) face o critică severă, într'o serie de articole judicioase arătând locul ce icterul hemolitic trebuie să ocupe în doctrina hepatismului.

Mai trebue adăogate şi ultimele în dată (1909), cazuri de ictere hemolitice, congenitale şi necongenitale publicate de Legendre şi Brulé (5), Jacob şi Lévi-Valensi (6).

In sfârşit, Armand-Delille (7), Feuillie, Chauffard şi Troisier (8), acum de curând, au arătat relaţiunea ce există între *anemiile splenomegalice* şi icterul hemolitic; chestiune de mare importanţă, care ne va fi de folos la capitolul patogeniei icterului hemolitic.

In rezumat, toate aceste cercetări converg ca să dovedească că *fragilitatea globulară, adecă micşorarea rezistenţei hemaţiilor, este stigmatul fundamental şi iniţial ce se găseşte în tot cursul icterelor hemolitice.*

---

(1) Chauffard: Des ictéres hemolytiques. Semaine Med. No. 5, 29 Janvier, 1908, p. 49.

(2) Widal, Abrami et Brulé: Les ictères d'origine hémolytique. Archives des malad. du Cœur, des vaiss. et du Sang. No. 4, Avril, 1908.

(3) Hayem: Nouvelle contribution à l'étude de l'ictére infect. splénomigalique. Bull. et Mem. Sec. Med. Hop., Paris, 24 Jan. 1908, p. 122.

(4) Glénard: L'hépatisme et les nouveaux ictères (ictère actolurique et ictère hémolytique) Revue des malad. de la nutrition. No. 1—4, Jan-Avril, 1908.

(5) Legendre et Brulé: Deux obs. d'ictères hémolytiques, l'un congénital. l'autre acquis. Bull. et Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 22 Janv. 1909, p. 112.

(6) Jacob et Lévi-Valensi: Un nouveau cas d'ictére hémolytique congénital. B. et M. Soc. M. H. Paris, 5 Fév. 1909, p. 212.

(7) Armand-Delille et Feuillié: Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hop. Paris, 12 Fév. 1909, p. 267.

(8) Chauffard et Troisier: Des rapports de certaines anemies splénomégaliques avec l'ictère hemolytique congénital. Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 19 Fév. 1909, p. 293.

Ea ne dă cheia anemiei intensă, datorită nu auhematopoiezei, adică nu insuficienței de formațiune hematică, ci a unei destrucțiuni exagerate, anormală, a globulelor roșii, cu un cuvânt a unei *hemòlise intensive* (Widal).

După aceste considerațiuni generale grupul icterelor s'ar putea împărți în:

1. Grupul *icterelor prin retențiune* sau hepatogene, și
2. Grupul *icterelor prin hemolisă* sau hematogene.

Obiectul tezei noastre fiind studiul celor din urmă, vom căuta a confirma și întări legimitatea acestei diviziuni.

II. STUDIU CLINIC

1. Simptomalogie.

Tabloul simptomatologic al icterelor hemolitice este represintat printr'un sindrom cu caractere clinice fundamentale, bine precizate, absolut diferite și deci opuse icterelor prin retențiune.

Ori-ce icter hemolitic are un fond clinic comun; cu toate astea trebuie să recunoaștem, că în clinic, *nu este un icter hemolitic, ci sunt ictere hemolitice*, cu alte cuvinte, aspectul clinic este foarte variabil de la un caz la altul.

Vom descrie mai întâiu, caracterele clinice comune tuturor icterelor hemolitice și în urmă vom arăta variantele, sau diferitele forme clinice.

Totuși, în cursul simptomatologiei generale, vom fi nevoiți pentru înlesnirea descripțiunei să arătăm deosebirile câte-odată izbitoare între 2 forme mai principale, între icterul *hemolitic congenital* și cel *necongenital sau adult*, revenind adesea asupra lor.

Sunt 2 sindroame de studiat:

1. *Sindromul clinic* propriu zis și
2. *Sindromul hematologic*, ambele având caractere comune tutulor icterelor hemolitice.

A. Sindromul clinic în icterele hemolitice

Caractere generale

Icterul: In ambele forme, congenital sau adult, icterul este un simptom care se prezintă sub diferite aspecte.

In general, *culoarea* lui variează de la galben închis, la galben auriu, până la culoarea lămâei chiar.

De obiceiu, este de o colorațiune galbenă, care nu reamintește de loc pe aceia a icterului ciroticilor (Widal). El este generalizat atât pe tegumente cât și pe mucoase.

Variabilitatea acestui icter, 'i dă o importanță clinica de prima ordine: la acelaș individ el variază ca culoare, ca intensitate după epoci diferite; se accentuează în mod vădit, în urma emoțiunilor, ostenelei, și din contră scade în timpul repaosului, sau sediului la altitudine etc. (Chauffard).

Această variabilitate, este în strânsă legătură, precum vom vedea mai la vale, cu oscilațiunile anemiei, cu accesele de deglobulinizare mai mult sau mai puțin intensive ale organizmului.

El mai este în legătură, — și aceasta trebuie bine reținut, — cu faza clinică la care facem aluzie, căci, în prima fază inițială, sanguină, icterul cu caracterele lui objective poate lipsi, pe când în faza pur hepatică, el apare în mod evident colorând tegumentul și mucoasele.

La capitolul patogeniei faptul acesta câștigă în importanță, precum vom vedea.

Toate icterele prin retențiune, în general, sunt însoțite de *simptome bilio-toxice:* este banal să reamintim că *bradicardia, pruritul generalizat, apariția xantelasmei* etc., se găsesc aproape de regulă în aceste ictere, la care se mai adaogă și starea generală mediocră cu perderea forțelor, slăbirea și scăderea greutăței corpului.

In icterele hemolitice — și tocmai aci este conetenictica lor clinică, care le deosebește de cele precedente — din contra, absența desăvârșită a ori-cărui simptom biliotoxic este aproape o lege fixă.

Toți autorii, Cauffard, Widal și elevii lor sunt de acord asupra acestui punct, cu toate că Oettinger (1) în observațiunea sa de icter hemolitic necongenital semnalează în mod excepțional existența *pruritului.*

Widal mai atrage atențiunea asupra acestei particularități, că „este un fenomen paradoxal și necunoscut în istoria icterului cronic, ca bolnavii atinși de gălbinare, prin odihnă, să se îngrașe, și încă în proporțiuni considerabile", pe când știut este că în genere ei slăbesc și perd din greutate.

---

(1) Oettinger: Sur un caz d'ictère d'origine hemolytique non congénital. Etude des lésions anatomiques. B. M. Soc. M. Hôpitaux. Paris, 23 octombrie 1908, p. 391.

La pagina 407: „bolnavul nostru prezintă un prurit foarte acusat".

Materiile fecale nu sunt decolorate, căci bila ajunge în intestin fără nici o piedică. De multe ori, materiile sunt chiar mai colorate, ca de obiceiu, este o *pleiocromie* (Stadelmann) ce se vede în majoritatea icterelor hemolitice.

Urina, încărcată de urobilină și de cromogen, dă reacțiunea lui Gmelin negativă; bilirubina ca pigmeții biliari, în icterul hemolitic cel mai intens, sunt abemți: *este deci o acholurie.*

Cu toate acestea mai târziu, chiar în timpul acceselor paroxistice de anemie, reacțiunea lui Gmelin apare.

In rezumat, un icter franc, de intensitate variabilă, fără simptome bilio-toxice, cu materiile fecale colorate, cu acholuria constantă, iată principalele elemente ale sindromului clinic *icter hemolitic.*

Examenul organelor reveleaază indicațiuni importante asupra stărei lor și în special *a splinei* și *a ficatului.*

Splina, de obiceiu, în icterul hemolitic, este hipertrofiată. Dar această splenomegalie variează după cum icterul este congenital sau ivit în etatea adultă. In primul caz, splina ia aspectul unei adevărate tumori, depășind falșele coaste, și descinzând în cavitatea abdominală. Ceva mai mult splenomegalia în icterul hemolitic congenital *este fixă* și persistă în tot timpul evoluțiunei icterului, cu foarte mici oscilațiuni de volum.

Din contră în forma adultă, deși splenomegalia este constantă, totuși ea nu atinge nici o dată proporțiunile formei congenitale.

Cu toate astea și volumul ei variează, crește, sau se micșorează după cum anemia se accentuiază sau dispare.

In definitiv, cu cât icterul este mai vechiu, de durată mai lungă,— icter congenital —, cu atât hipersplenomegalia este mai marcată și deci mai fixă. Nu trebuie uitat că sunt și excepțiuni; Benjamin și Sluka au raportat cazuri de icter congenital, unde splenomegalia lipsea, splina prezintând volumul ei normal.

Existența hipersplenomegaliei, în cursul icterelor hemolitice, câștigă în importanță, căci după cum vom vedea mai târziu, ea este în strânsă legătură cu anemia sau mai bine zis, este un peralelism fiziologic între anemie și splenomegalie: cu cât anemia devine mai intensivă, cu atât hipertrofia splinei crește și vice-versa, anemia descrescând și splina revine la volumul său inițial.

Paralelismul acesta se constată mai ales în icterul hemolitic necongenital.

Ficatul, de obiceiu, este normal, sau puţin rare-ori hipertrofial şi atunci este neted, regulat la palpaţie.

Funcţiunile chimice ale celulei hepatice sunt conservate şi normale: toate cercetările, cu albastru de metilen, glicosuria alimentară şi eliminarea ureică, dovedesc integritatea acesteia.

B. Sindromul hematologic

Icterele hemolitice se deosibesc de icterele prin retenţiune, nu numai prin sindromul clinic, pe care l-am descris, dar mai ales prin *sindromul hematologic*, ale cărui caractere *citologice* şi *biologice* sunt atât de particulare, în cât merită o descripţiune mai amănunţită.

In general sângele ictericilor hemolitici este fluid, palid, formând pe hârtia sugătoare, o pată centrală roşu-gălbuie înconjurată de o aureolă largă de plasmă.

In plasma sanguină, se găsesc pigmenţi biliari, *reacţiunea lui Gmelin este pozitivă.*

S'a extras prin evaporaţiune bilirubină în cristale (Widal), cea ce denotă o *cholemie pigmentară intensă.*

Caractere citologice

Anemia — hipoglobulia — capătă o importanţă de căpetenie, mai ales prin constanţa sa în cursul icterelor hemolitice.

Intensitatea ei depinde de forma icterului, congenital sau adult, de epoca când este cercetată, în timpul de toleranţă şi echilibru al organismului, sau în timpul paroxismelor. In fine ea mai variază şi după indivizi.

Simptomele objective pot scăpa cercetărilor superficiale, dar numai examenul sângelui ne va arăta în mod hotărât caracterele histologice, care şi ele diferă după cum avem în vedere sau icterul congenital sau pe cel necongenital,

Am spus încă, în capitolul precedent, că icterele hemolitice, fie congenital sau adult, sunt supuse unor accese paroxistice, când anemia se accentuiază, icterul se pronunţă mai bine, splina se măreşte şi devine mai dureroasă. Dar toate aceste fenomene se văd mai ales în icterul hemolitic adult, intensitatea lor este aproape ştearsă în cel congenital.

In general, în perioda de toleranţa sau de compensaţiune, când sângele bolnavilor este în stare de echilibru, examenul ne arată o micşorare de număr potrivit, a globulelor roşii, variând de la 3 milioane la 4 milioane, în icterul congenital. Sub influenţa repauzului şi a tratamentului numărul hematiilor revine la 5 milioane.

Dar în perioada acceselor paroxistice, când anemia devine intensă, atunci numărul globulelor roşii scade până la cifra de 2 mil. şi chiar subt un milion (Widal), urmând 2 căi, sau revine la numărul iniţial prin repaus şi tratament, sau se agravează, şi scena se termină ca în *anemiile perniciose progresive.*

Această din urmă alternativă este proprie icterelor hemolitice adulte.

Un singur lucru trebuie avut în consideraţiune: în ori-care din perioade, în cea de toleranţă sau de echilibru, ca şi în cea de paroxism sau de instabilitate sanguină, studiul sângelui dovedeşte semne reale de *reparaţiune* şi de *renovaţiune permanentă*, traducându-se prin următoarele simptome: *policromatofilia, anisocitoza, elementele mieloide,* la care vom adăoga: *hematiile granuloase.*

Policromatofilia, după Widal, este foarte pronunţată; chiar în afară de ori-ce procesus acut, se găseşte în sânge un număr însemnat de policromatofile, variând de la 20—40°/₀;

Anisocitoza, mai intensă în icterul hemolitic necongenital de cât în cel congenital, ia proporţiuni mari în timpul acceselor paroxistice de deglobulinizare.

Pe lângă acestea, Chauffard a arătat un alt element citologic important, caracterizat în special, printr'o anomalie a diametrului mijlociu al globulelor roşii: în general, ele sunt mai mici ca de obiceiu, sunt atinse de *micro-citemie,* fenomen constant în icterul congenital, dar care lipseşte în cel necongenital.

Dar nu este tot; în sângele ictericilor hemolitici, circulă *elemente mieloide,* care dovedesc, după cum am spus, o activitate particulară a măduvei oaselor, destinate la reparaţiunea elementelor sanguine.

In fine un ultim stigmat hematologic, având şi el valoarea reacţiunei mieloide,—care se găseşte în mod constant în icterul hemolitic, este prezenţa *hematiilor granuloase* în sânge, asupre cărora vom insista mai mult.

In rezumat deci, în icterul hemolitic examenul sângelui ne arată existenţa procesului de destrucţiune şi de reparaţiune globulară permanentă, cu activitatea exagerată a măduvei oaselor.

Hematiile granuloase. Printre globulele roşii, care circulă în sângele ictericilor hemolitici, se găsesc unele care prezintă o granulaţie specială — *hematii granuloase,* — puse în evidenţă pentru întâia dată în 1907 de Chauffard şi Fiessinger prin procedeul sângelui proaspăt etalat pe lamelă (1), revăzute şi confirmate de Widal prin procedeul său aşa zis de „coloraţiune vitală“ (2)

După Chauffard, pe preparaţiunile nefixate şi colorate cu reactivul lui Pappenheim, se distinge foarte uşor o serie de globule roşii normale a căror hemoglobină s'a disolvat, perd refringenţa lor şi apar ca nişte corpi, mai mult sau mai puţin circulari, cu marginele netede şi de o coloraţiune abia cenuşie, reduşi la membrana lor învelitoare, pe când *hematiile granuloase* apar punctate de nişte fine granulaţiuni, roşu viu, colorate de pironină, şi răspândite sau pe întreaga hematie sau dispuse in coroană periferică. Toate aceste granulaţiuni sunt reunite între ele printr'o reţea fină arborescentă, colorată în albastru cu procedeul lui Widal; reţeaua este neregulată şi de multe ori apare ca o masă cromatică, semănând cu un nucleu, iar altădată, când protoplasma hematiilor este sfărămată, ea se vede liberă intre globulele roşii împreună cu granulaţiunile sale.

Proporţia hematiilor granuloase este considerabilă, atingând în icterul congenital de la 20—25⁰/₀ şi chiar 60⁰/₀ (Widal).

Volumul acestor hematii este mai mare de cât al globulelor roşii normale, de 8—9 n.

In sfârşit, prezenţa hematiilor granuloase în icterul hemolitic constitue un simptom de mare valoare, şi cu totul absent în icterele prin retenţiune (3).

---

(1) Chauffard. Les ictères hémolytiques. Semaine Médicale 29 Ianuarie 1908 No. 5., p. 49. Pentru technică a se vedea: Fiessinger et Abrami: Les hématies granuleuses, Rev. de Médecine, 1909.

(2) Widal, Abrami şi Brulé, Les ictères d'origine hémolytique. Arhives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang. Avril 1908 No. 4. p. 211.

(3) Chauffard consideră *hematiile granuloase* ca un simptom patognomonic în cursul unui icter, şi propune cercetarea extemporaneă pentru stabilirea diagnosticului (Semaine Medicale 19 Ian. 1908.

Widal, Abrami şi Brulé (Archives de mal. du coeur Avril 1908 No. 4 au obţinut preparaţiuni frumoase cu procedeul lor de „coloraţiune vitală“ p. 213.

Trebuie să reamintim că autorii germani n'au descris până acum aceste hematii granuloase. După Chauffard explicaţia ar ţine la aceia, că ei n'au căzut până acum pe adevărate cazuri de icter hemolitic.

Geneza și valoarea fiziologică a hematiilor granuloase

Experimentațiuni

Cu toate că hematiile granuloase nu sunt patagnomonice, totuși constanța lor în cursul icterelor hemolitice ar permite și ar legimita distincțiunea acestora de icterele prin retențiune.

Experimentațiunea a putut reproduce apariția lor la animale: Chauffard și Fiessinger, Widal și elevii săi injectând în torentul circulator la câini și la iepuri, seruri hemolitice, „au determinat un adevărat ciclu morbid caracterizat prin micșorarea rezistenței globulare și apariția hematiilor granuloase (1)".

Observațiunea clinică ca și experimentațiunea dovedesc că apariția globulelor roșii granuloase în sânge, nu este direct legată de destrucțiunea lor, prin hemoliză, cu alte cuvinte nu este un raport cronologic între ivirea hematiilor granuloase și hemoliză; *hemoliza precede în totdeauna apariția hematiilor granuloase.* Trebuie să treacă un interval mai mult sau mai puțin lung, după procesul de destrucțiune al globulelor roșii și în urmă se vedem apărând granulațiunile.

Prin urmare dar, hematiile granuloase sunt elemente noui, *inexistente, în timpul destrucțiunei globulelor roșii,* ele sunt formate într'un loc anumit al organizmului și în urmă lansate în torentul circulator. Experimentațiunea este decisivă asupra acestui punct.

Atunci, care este origina lor și ce rol au în organism?

Sunt ele — ținând seamă de proporția lor de la 10—20 și $60^{0}/_{0}$ — globule roșii bolnave, mai fragile și prin urmare mai susceptibile de a fi distruse, hemolizate? Nu, căci cercetarea rezistenței lor *in vitro* n'a dat dovadă de inferioritate asupra celor normale.

Chauffard, Widal și elevii lor sunt afirmativi, asupra originei lor, considerând apariția lor ca un indiciu *de reacțiunea organică, ce se efectuiază în măduva oaselor: acolo este locul lor de formațiune.*

Intradevăr, în icterul hemolitic, măduva oaselor, precum vom vedea la anatomia-patologică, este într'o permanentă și complectă reacțiune, Tixier, la o fată de 12 ani prezentând un icter hemolitic, câte-va ore înainte de a sucomba, a găsit în măduva oaselor o reacțiune intensă, identică cu aceea constatată la animale în experiență.

---

(1) Chauffard. Loc. cit. Semaine Med. No. 5 29 Ianuarie p. 50.

Prin urmare dar, nu este indoios, că există o legătură strânsă între hematiile granuloase şi reacţiunea medulară.

Dar care este rolul lor fiziologic şi natura lor intimă:

Gravitz le consideră ca forme de degenereşcenţă citoplasmatică, iar Lazarus şi Pappenheim ca un procesus de degenereşcenţă cariokinetică.

Pentru Meyer şi Speroni, Askanazy din contra sunt elemente de regeneraţiune.

In fine Chauffard, bazându-se pe faptul că hematiile, granuloase provin din normoblastele granuloase, le consideră ca *elemente atipice şi patologice de renovaţiune sanguină; ele sunt dovada unei sforţări, a unei reacţiuni de apărare pentru preînoirea şi refacerea ţesutului sanguin.*

In rezumat, ori-care ar fi, până la cercetări mai noui, natura şi rolul hematiilor granuloase, nu este mai puţin adevărat că ele capătă o valoare semeiologică de mare interes, — deşi nu patognomonică, căci se constată şi în alte afecţiuni (1) — constituind unul din caracterele hematologice mai importante, în cursul icterelor hemolitice.

Caractere biologice

Fragilitatea globulară.—Hemoliza

Cel mai important caracter hematologic al icterelor hemolitice — stigmatul lor fundamental, — este de sigur *fragilitatea globulară*, adică micşorarea rezistenţei globulelor roşii. Ea ne explică destrucţiunea lor exagerată, datorită unei stări particulare histo-chimică a stromei globulare.

Cu ajutorul procedeului lui Vaquez şi Ribierre pentru măsurarea *rezistenţei globulare* (2), — bazat pe marcarea începu-

---

(1) Widal, Abrami şi Brulé: Les ictères d'origine hémolitique. Archives des mal. du Cœur etc. n. Avril 1908. No. 4 p. 217.

(2) Sub numele de *rezistenţă globulară*, se înţelege modul de reacţiune al globulelor roşii faţă de substanţe, care provoacă alteraţiunile globulare şi eşirea emoglobinei afară din stroma globulelor. Aceste substanţe, zise hemolitice, sunt toate lichidele *hipotonice*, adică acelea a căror concentrare moleculară este de un grad mai inferior de cât acelea din stroma globulelor (hipotonice), sau lichidele având acelaş grad de concentrare (isotonice), dar care conţin nişte substanţe dotate cu putere distrugătoare faţă de globulele roşii.

Acestea, în prezenţa unui lichid hipotonic, apă destilată d. ex., provoacă un tului şi sfârşitului hemolizei într'o serie de soluţiuni saline, graduate diferit şi conţinând fie-care câte o picătură de sânge, — Chauffard cel dintâiu a putut izola un grup de ictere congenitale, cu rezistenţa

---

fenomen cunoscut sub numele de *Hemoliză:* stroma globulelor se comportă ca o membrană semi-permeabilă, şi în virtutea legilor de osmoză, globulele vor absorbi apă, se vor umfla progresiv şi dacă acţiunea se prelungeşte, stroma globulară va lăsa să difuzeze hemoglobina în mediul ambiant, colorând lichidul în roşu *(hemoliză).*

Sunt 2 metode de măsurat rezistenţa globulară.

Metoda cu *sângele total,* imaginată de Hamburger, este aceea modificată mai întâiu de Vaquez şi Ribierre şi în urmă de Chauffard; şi aceia cu *hematiile deplasmatizate,* imaginată de Widal şi elevii săi.

Iată, după Widal, technica de urmat, într'un caz şi ca şi în celălalt.

„*Primul timp,* coprinde prepararea diluţiunilor saline. Pentru confecţiunea acestora se întrebuinţează apă destil. sterilă şi o soluţie de chlorură de sodiu. Această soluţie este preparată extemporaneu, cu NaCl anhydră. Titlul adoptat de Chauffard, $7^{0}/_{00}$, convine în majoritatea cazurilor. Cu toate astea e bine să se prepare şi o soluţie de $9^{0}/_{00}$, pentru cazul excepţional, într'adevăr, când hemoliza s'ar produce deja în evoluţia de $7^{0}/_{00}$, ast-fel cum am observat noi la 2 bolnavi, cu hematiile deplasmatizate.

„Prin amestecul, în proporţiuni definite, a apei distilate cu soluţia de clorură de sodiu, se obţine seria de diluţiuni din ce în ce mai hipotonice. Ast-fel se orândueşte 34 de tuburi mici, de 6 c. m. înălţime, de 12 milim. de diametru şi prealabil sterilizate. In aceste tuburi se repartizează mai întâiu apa destilată, în cantităţi progresiv crescânde, şi în urmă soluţia clorurată în cantităţi descrescânde. Aşa, se pune, mergând de la stânga la dreapta: în primul tub 2 picături de apă destil., în cel de al doilea 4 picături, în al 3-lea 6 picături şi aşa mai departe, din 2 în 2 picături de apă destilată, până la cel din urmă, care conţine 68 de picături de apă destil. Pe urmă, în primul tub se repartizează 68 picături de soluţie clorurată $7^{0}/_{00}$, şi al doilea 66, al treilea 64 etc. etc., până la cel din urmă care nu primeşte decât 2 picături de soluţie salină.

„După această îndoită operaţiune, se va avea grijă de a agita bine fie-care tub, ca amestecul să se facă riguros. Se înţelege lesne, că toate tuburile cuprinzând aceeaşi cantitate totală de lichid, amestecul din fie-care dintre ele de apă dist. şi de clorură de sodiu, în proporţiuni diferite, crează soluţiuni de titluri diferite: primul tub conţine o soluţie de NaCl de 0,68 p. 1000, secundul de 0,66, ultimul de 0,02 p. 1000. Numărul de picături din soluţia clorurată turnate într'un tub, reprezintă titlul soluţiunei corespunzătoare.

„Pentru a efectua, în seria tuburilor mici, repartiţiunea apei destilate a soluţiunei saline, trebue să se întrebuinţeze acelaş „compte-gouttes“, să fie ţinut înclinat sub acelaş unghiu, aşa ca să se obţină picăturile riguros egale . . . .

„*Al doilea timp* al operaţiunei consistă în a culege sângele total, sau une-ori emulsiunea globulară şi a le repartiza în seria de tuburi cu soluţiunile saline, turnând câte 2 picături de sânge total sau o picătură de hematii deplasmatizate în fie-care tub. O dată repartiţiunea terminată, se va agita fie-care tub, aşa ca amestecul să se facă bine între soluţia salină şi hematii.

globulară micşorată. El a dat dovadă că în aceste cazuri icterul este în realitate un icter cu hemoliză, care implică în mod fatal fragilitatea globulelor roşii.

Până aci, se ştia *că în icterele prin retenţiune* (1), *de ori-ce natură şi de ori-ce cauză globulele roşii nu erau fragile,* ci din contra rezistenţa globulară, dacă nu era normală, dar mai în tot-deauna era augmentată.

Excepţional au mai găsit: 2 cazuri de *ciroză tuberculoasă,* cu rezistenţă diminuată şi 2 cazuri de *icter splenomegalic adult* cu rezistenţa normală cu sângele total, diminuată, cu hematiile deplasmatizate.

Tocmai contrariul s'a dovedit în icterele hemolitice, aşa că existenţa fragilităţei globulare devine caracterul cel mai de căpetenie, un *adevărat stigmat,* care trebue în tot-deauna cercetat pentru diferenţiarea icterelor hemolitice de cele prin retenţiune.

Fenomenul fragilităţei globulare şi în urmă cauza hemolizei însăşi s'ar putea bănui, că ar ţinea la acţiunea hemolizantă a plasmei ambiante, şi atunci fragilitatea globulară n'ar fi de cât subor-

---

Se lasă tuburile în repaus, timp de 10 minute, pe urmă sunt supuse centrifugărei, după ce au fost numerotate. Operaţiunea este gata în 20 minute.

„Tuburile odată centrifugate, nu mai rămâne de cât a se nota rezultatele.

„Pentru lectura curbelor hemolizei, se ţine socoteală de 3 elemente: *hemoliză iniţială* H^1, marcat prin apariţiunea unei coloraţiuni gălbuie a lichidului deasupra depozitului din tub, *hemoliza intensă* H^2, caracterizată printr'o coloraţiune roză francă; şi în fine *hemoliza totală* H^3, când coloraţiunea este roşie vişinie şi când depozitul dispare din fundul tubului. Dispariţiunea complectă a acestuia, adesea ori nu se poate obţine nici chiar în apă destilată pură. Numărul tuburilor între H^1 şi H^3 indică durata hemolizei. (Widal et Abrami. Types divers d'ictères hémolytiques non congénitaux. avec anémie. La recherche de la résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées, Bul. et Mém. Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris. 8 Novembre 1907, p. 1127, 1152, 1153 etc.")

(1) Iată rezultatul cercetărei rezistenţei globulare la câte-va cazuri de icter, după Widal, Abrami şi Brulé:

Rezistenţa globulară augmentată:
- 3 cazuri de icter cataral cu retenţiune
- 1 icter infecţios fără retenţiune
- 1 „ litiazic
- 1 „ cardiac
- 1 „ cirotic alcoolic.

Rezistenţa globulară normală:
- 4 cazuri de icter litiazic
- 1 „ icter infecţios
- 6 „ „ ciroza venoasă
- 4 „ „ cardiac
- 1 „ „ ciroza Hanot
- 3 „ subicter

donată modificărei suferite prin contactul direct al plasmei, așa precum se vede în hemoglobinurie poroxistică, unde plasma are proprietatea de a hemoliza chiar *in vitro* hematiile, supuse acțiunei frigului (1).

In icterul hemolitic plasma n'are nici o acțiune directă asupra hematiilor, de a le hemoliza, faptul este definitiv constatat și nu lasă nici o bănuială.

Rezistența globulară cu sângele total: (1)
Hemoliza începe la tubul 0,46 și este totală la tubul 0,36.

Rezistența globulară cu hematiile deplasmatizate: (2)
Hemoliza începe la tubul 0,58 și este totală la tubul 0,38, prin urmare cu procedeul acesta hemoliza este mai sensibilă și mai repede.

Dar măsurarea rezistenței globulare, aprecierea gradului de fragilitate globulară, poate fi împedecată sau mascată de către acțiunea directă a plasmei, operând cu sângele total.

Widal, Abrami și Brulé au perfecționat metoda pentru cercetarea fragilităței globulare, în loc de a se servi de sângele total, au izolat hematiile de mediul ambiant și au operat cu hematiile deplasmatizate și spălate cu apă fiziologică.

Cu modul acesta, *procedeul devine mai sensibil și hemoliza apare mai repede ca în procedeul cu sângele total, unde este o întârziere* în aparițiunea ei.

Bazat pe procedeul acesta, Widal a descris o serie de *ictere hemolitice necongenitale,* care ar fi trecut nebăgate de seamă, dacă nu erau supuse metodei hematiilor deplasmatizate și unde procedeul cu sângele total nu revela nici o urmă de fragilitate globulară.

Fragilitatea in aceste cazuri,—în care rațiuni clinice și hematologice, militau în favoarea naturei hemolitice, există în mod latent, dar mascată prin prezența mediului plasmatic, jucând rolul de mediu protector.

Prin urmare dar, metoda lui Widal capătă o importanță considerabilă în cercetarea naturei icterelor,—pe de o parte ea ne *dife-*

---

(1) Prin insuficiența antisensibilizatricei, după Widal și Rovaut.

(2) Widal, Abrami et Brulé. Différenciation de plusieurs types d'ictères hémolytiques par le procédé des hématies deplasmatisées, Presse Médicale, 9 octobre 1907 No. 81, p. 643.

renţiază icterele prin retenţiune de cele hemolitice, pe de alta ne precizează în mod cert varietatea hemolitică, congenitală sau tardivă.

Icter hemolitic congenital

Acelaş icter hemolitic congenital după 10 luni (1)

Curbele rezistenţei globulare cu sânge total şi cu hematiile deplasmatizate: Hemoliza începe în primul caz mai târziu, ca cel de al doilea; în primul este mai, lungă, ţine 20 tuburi în fig. I, tot 20 în fig. II, în cel de al doilea caz cu sânge total, 14 tuburi în fig. I şi numai 9 în fig. II.

In prima figură ca şi în a doua, curba rezistenţei la 2 epoci diferite cu hematiile deplasmatizate n'a variat, a rămas aceiaşi, constantă, pe când cea cu sângele total a variat oscilând între 0,50—0,62.

Icter hemolitic necongenital (2)

Diferenţa curbelor rezistenţei globulare se vede lesne; prelungirea considerabilă a curbei, reprezintând rezistenţa hematiilor izolate; cu sângele total, hemoliza se efectuază în 6 tuburi, din contra, cu procedeul deplasmatizărei, hemoliza se prelungeşte în 11 tuburi, după ce a început înaintea celei cu sângele total, adică, la tubul 0,58 primul caz, la tubul 0,46 în cel din urmă.

Icter hemolitic necongenital (17 Noembre)

Acelaş icter hemolitic necongenital (13 Decembre) (3)

Curbele hemolizei sunt diferite cu ambele procedee: cu hematiile deplasmatizate, hemoliza este mai sensibilă şi mai repede, în amândouă epocele. Cu sângele total hemoliza rămâne aceiaş.

Trebue să mai adăogăm că măsura rezistenţei globulare, diferă după epoca, în care se face examenul. In timpul acceselor paroxistice ale icterului hemolitic necongenital, fragilitatea devine mai intensă şi din contra în timpul ameliorărei, ea se micşorează sau chiar dispare cu sângele total.

La indivizii normali precum şi în icterul prin retenţiune, nu se vede nici-odată, vre-o diferenţă între rezistenţa sângelui total şi acela al hematiilor deplasmatizate: *ambele curbe se suprapun.*

In icterul hemolitic congenital, fragilitatea globulară este deja manifestă cu sângele total, dar ea se accentuiază şi mai mult cu globulele roşii deplasmatizate. (Graficele I şi II).

---

(1) Widal et Abrami. Types divers d'ictères hémol. non congénitaux avec anémie. La Rech. de la Résist. glob. par le procédé des hémat. deplasmatisées. Bul. Soc. M. Hop. Posés, p. 1260. 8 Noembre 1907.

(2) Widal et Abrami. Soc. cit.

(3) După Oetinger Sur un cas d'ictère d'origine hémolytique non congénital. Etude des lésions anatomiques (Bull. et Mem. Soc. Méd. Hop. Paris, 23 Oct. 1908. pag. 397).

In icterul hemolitic necongenital, fragilitatea globulară poate fi negativă—deşi existentă,—cu sângele total, dar devine reală cu sângele deplasmatizat.

Tot Widal a facut cunoscut şi o altă proprietate a globulelor roşii, în icterele hemolitice. Aceia că pune în contact cu medii izotonice, cu *seruri umane*, normale sau patologice, erau câte-odată hemolizate, contrariu globulelor roşii, luate ca martori.

Fenomenul este mai intens în icterele hemolitice necongenitale.

Acelaş fenomen de *hemoliză* se observă şi când se pun globulele bolnavilor atinşi de icter hemolitic în contact cu diferite substanţe hemolizante, *seruri experimentale antiumane*, pe când globulele roşii luate ca martori rămân intacte.

Un punct important mai rămâne de elucidat. Am văzut că globulul roşu în icterele hemolitice nu este fragil, fiind-că este în contact direct cu o plasmă hemolizantă, căci atât aceasta cât şi serumul nu prezintă nici o alteraţiune a proprietăţilor lor biologice; ci este probabil, că fragilitatea ţine la o stare morbidă a globulului roşu, la o modificare în structura sa intimă histo-chimică.

Or, studiul sângelui ne-a arătat cu prisosinţă, între alte caractere citologice, şi existenţa *hematiilor granuloase*, în proporţiuni însemnate şi atunci cestiunea se pune, dacă nu acestora se datoreşte fragilitatea globulară, de unde consecutiv hemoliza.

Objecţiunea este uşor de înlăturat, căci experienţa in vitro dovedeşte că, hematiile puse în contact cu agenţi hemolizanţi, apa destilată, serumuri anti-umane, (Chauftard), toluilen-diamina (Widal), hemoliza s'a putut efectua, dar fără apariţia nici la început nici la sfârşitul operaţiunei, a *hematiilor granuloase*.

Pe de altă parte investigaţiunile „*in vivo*“ după cum am văzut deja, ne-au arătat rolul şi valoarea fiziologică a acestora: *ele nu pot fi create în tubul de experienţă, ci sunt reproduse numai în organismul viu.*

Prin urmare, dar, *fragilitatea globulară* şi *hematiile granuloase* sunt 2 fenomene distincte, între care nu există nici un raport direct de cauzalitate.

Globulul roşu, în icterul hemolitic, este mai fragil, nu fiind-că este în stare granuloasă, precum şi hematiile granuloase nu sunt mai fragile de cât cele normale. Ele nu sunt de cât un mijloc de apărare, un indiciu de sforţare al naturei pentru regenerarea şi menţinerea în echilibru a ţesutului sanguin.

Auto-aglutinaţiunea hematiilor

Mai este un ultim caracter hematologic de pus în evidenţă, privitor la icterul hemolitic necongenital: proprietatea ce posedă serumul sanguin de a aglutina globulele purtătorului.

Acest fapt descris de Widal, lipseşte în cazurile de icter hemolitic congenital, cea ce contribue încă a mări diferenţele ce există într'un tip şi altul.

Ajunşi la termenul acestui capitol de hematologie, asupra căruia ne-am întins suficient, putem conchide că analiza sângelui, în cursul icterelor hemolitice, fie congenital sau necongenital, ne dovedeşte existenţa unui procesus exagerat de destrucţiune hematică, imputabilă *fragilităţei globulare* însoţită de *hematiile granuloase* în proporţiuni anormale.

Aceste 2 caractere hematologice constituesc stigmatul fundamental comun, al icterelor hemolitice: ele sunt inverse şi opuse icterelor prin retenţiune.

Ast-fel că, pe baza lor, diviziunea icterelor în 2 grupe, este legitimă, în:

1. *ictere hemolitice,* cu hemoliză, fragilitate globulară şi hematii granuloase.
2. *ictere anhemolitice* sau *hepato-biliare,* cu augmentarea rezistenţei globulare şi fără hematii granuloase.

2. **Forme clinice**

In paginile precedente ne-am ocupat de caracterele clinice generale şi comune tutulor icterelor hemolitice.

Dar am avut grija, deja de la început, să spunem, că în clinică nu este numai un icter hemolitic, ci sunt mai multe ictere hemolitice; de aceia alura clinică, evoluţia şi pronosticul vor fi variabile de la o formă la alta.

Mai întâiu o diviziune se impune imediat, atât sunt de isbitoare diferenţele clinice; tipul Minkowski-Chauftard sau icterul *hemolitic congenital* şi *icterul hemolitic necongenital,* s'a ivit deadreptul la adulţi, tipul Widal.

Icterul hemolitic congenital tip Minkowski-Chauffard este remarcabil prin fixitatea lui, păstrând acelaşi aspect clinic în tot cursul evoluţiunei lui:

Anemia, splenomegalia şi *acholuria* sunt constante, permanente sau fixe.

El este congenital, familial sau ereditar, se poate vedea chiar în mai multe generaţiuni, ca în cazurile lui Benjamin şi Sluka, Mink. Von Krannhals, sau în cazurile mai recente publicate de Cade (1).

Indivizii atinşi de forma aceasta, nu sunt suferinzi, nu sunt propriu zis bolnavi, ei sunt mai mult „icterici de cât bolnavi", după cum foarte just a observat Chauffard. Organismul lor prezintă o toleranţă mare, căci nu se resimt o viaţă întreagă de turburările, ce au dat naştere icterului.

Cu toate acestea sunt mici oscilaţiuni, referitoare la simptomele anemice şi ale icterului, când sub influenţa ostenelei, surmenagiului sau a altor cauze depresive, aceasta devin mai accentuate, mai intense, cu palpitaţiuni şi respiraţiunea dificilă.

Caracterele hematologice paralele cu cele clinice, prezintă aceiaşi fixitate. In tot timpul evoluţiunei *hipoglobulia* se menţine la o cifră constantă şi mediocră, rare-ori fiind oscilaţiuni mai deosebite, ca în icterul necongenital.

Fragilitatea globulară este o stare *nativă*, care apare o dată cu individul şi fineşte cu iel.

Icterul hemolitic necongenital, tip Widal, este cu totul deosebit de cel precedent. Nu este nici congenital, nici ereditar. Se iveşte dea dreptul în etatea adultă, brusc sau treptat în urma deosebitelor cauze morbide.

In general culoarea indivizilor atinşi de forma aceasta, este mai mult galbenă, mai mult palidă decât icterică propriu zis.

Bolnavii sunt mai mult anemici de cât icterici; icterul nu este simptomul cardinal, el cade pe planul al doilea, apare şi dispare, fără a fi fix, contrariu de cum era în forma precedentă.

Tot ast-fel, splenomegalia nu este nici fixă, nici aşa de considerabilă, dar în schimb *anemia este mai accentuată*.

In unele cazuri anemia ia proporţiuni aşa de mari, în cât bolnavii se prezintă cu aspectul *anemiei pernicioase de formă icterică*.

---

(1) Cade. Une famille d'ictériques. Cholémie familiale et ictères hémolytiques. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 30 octomb. 1908, p. 421.

Câte-odată, simptomatologia icterului hemolitic adult, se prezintă mai complexă, contribuind ast-fel a înmulţi formele clinice.

Aşa, Widal (1) arată că pe lângă icter şi anemie se poate alipi fenomene hepatice, cardiace, care imprimă o fizionomie specială afecţiunei, cu simptome grave alarmante.

Alte ori în urma ostenelei, apare febră, anemie intensă, epistaxis, œdeme, simptome cardiace, ficat mărit, ca şi cum ar fi tabloul icterului infecţios, cu pronostic grav. După cât-va timp de repaus, totul intră în cadrul normal al icterului cu anemie moderată, aşa că seria se poate repeta mai departe. (Widal).

Prin urmare dar este o pluralitate de aspecte clinice, în icterul hemolitic adult, precum este o pluralitate a originei lor.

Totuşi, nu trebue uitat, căci dacă sunt aşa de mari diferenţele clinice, toate icterele hemolitice de ori-ce formă sunt legate între ele, având o bază comună: *fragilitatea globulară.*

Forme de transiţie. Anemiile splenomegalice

Anemiile pernicioase şi icterul hemolitic.

In 1905, Chauffard şi Laederich (2) au descris un tip special de anemie pernicioasă, de *formă icterică,* care poate simula, prin intensitatea icterului, prin accesele febrile concomitente, o afecţiune hepatică acută.

Ignorând la acea epocă existenţa hematiilor granuloase şi mai ales necercetându-se fragilitatea globulară, greşala se putea comite.

In 1908, la o bolnavă, în aceleaşi condiţiuni cu simptome clinice vecine de ale anemiei pernicioase, Chauffard a putut găsi pe de-o parte fragilitatea globulară intensă şi hematii granuloase, iar pe de altă parte existenţa unui icter; ast-fel că era locul să se pue întrebarea „dacă în grupul complex al anemiilor pernicioase, nu se cuvine de a se face o tăietură, de a se separa cazurile de anemie pernicioasă pură, fără icter şi probabil fără fragilitate globulară, nici hematii granuloase, de formele icterigene, care constituesc tipul cel mai rădicat în serie şi cel mai grav, cel mai puţin compensat al icterelor hemolitice (3)“.

---

(1) Widal: Soc. cit. Archives des maladies du cœur, etc. etc. No. 4, Aprilie 1908.

(2) Chauffard et Laederich: Étude sur quelques formes cliniques de l'anémie perniceuse; formes curables, formes secondaires; formes ictériques. Revue de Médecine, sept. 1905.

(3) Chauffard: Loc. cit. Semaine Méd. No. 5, 29 Ianuarie 1908, p. 51.

Prin urmare dar, se vede cât este de greu de a se călăuzi în dedalul formelor complexe necongenitale, de la care printr'o tranșiție progresivă se ajunge treptat la anemiile pernicioase icterigene. Cestiunea remâne în suspensiune, lăsând ca viitorul, prin contribuțiuni nouă și cu ajutorul experimentațiunei să facă lumină.

Cu toate astea, acum de curând Armand-Delille și Feuillié (1), Chauffard și Troisier (2) au produs observațiuni, cele dintâiu în știință, *de anemie splenomegalică* cu *fragilitate globulară, hematii granuloase* și *microcitemie*, într'un cuvânt cu trilogia hematologică complectă a icterelor hemolitice, dar fără *prezența obiectivă a simptomului icter*. Toate aceste cazuri de icter hemolitic fără icter, de sigur, scoase din cadrul general al anemiilor, prin caracterele hematologice, prin prezența bilirubinei în sânge,—a *cholemiei sanguine,*—trebuesc considerate ca aparținând fazei inițiale pur hematică a icterului hemolitic, atunci când icterul n'a apărut încă. La patogenie ne vom întinde mai pe larg asupra raporturilor dintre anemie splenomegalică și icterul hemolitic.

Icter hemolitic și Paludism

Comunicarea recentă a lui Sacquépée (3) asupra icterului hemolitic consecutiv paludismului a atras atențiunea și Chauffard a putut confirma în parte rezultatele celui dintâiu.

Am avut ocaziunea să observăm 3 cazuri de paludism, la copii, la cari a apărut un icter fugace, ușor, cu caractere clinice identice cu ale icterului hemolitic (4) acholurie, splenomegalie, decolorarea materiilor.

Chestiunea raportului dintre ambe aceste afecțiuni, prezintă un mare interes, mai ales asupra luminărei patogeniei, icterelor hemolitice, căci aci cauza primordială, care produce alterațiunea intimă a globulului se cunoaște, fiind parazitul malaric. Pe de altă parte observând într'un mediu propice ca în țara noastră, cercetările pot fi mai bine şi mai uşor conduse, dispunând de un material clinic considerabil.

---

(1) Ar. Delille et Feuillié: Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire. Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 12 Fev. 1909, p. 267.

(2) Chauffard et Troisier: Des rap. de certaines anémies splenomégaliques avec l'ictère hémolitique. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hop. Paris, 19 Février 1909, p. 293.

(1) Sacquépée: Ictères hémolitiques d'origine paludéenne. Bull. et Mem. Soc. Hôp. Paris, 23 Octombre 1908, p. 368. Discussion: Chauffard.

(2) Intr'un articol ulterior vom reveni asupra acestuia.

Caracterele hematologice, în icterul hemolitic paludean, sunt absolut suprapuse celor-alte varietăţi.

Intr'adevăr după Sacquépée şi Chauffard, analiza sângelui arată existenţa *fragilităţei globulare*—marcată mai ales prin procedeul deplasmatizărei,—prezenţa *hematiilor granuloase,* a anemiei cu hipoglobulie intensă, fără microglobulie.

Prin urmare dar, filiaţiunea procesului patologic ar fi, că parazitul malaric, alterând isto-chimia stromei globulare, aceasta devine mai fragilă şi deci mai hemolizabilă.

Hematozoarul un toxic al globulului roşu, poate provoca la om un icter hemolitic ca şi toluen-diamina, alt toxic al sângelui.

Pe de altă parte, *hematiile granuloase nu prezintă nici o urmă de parazit,*—fapt important de reţinut,—căci acesta revine în favoarea lui Chauffard, considerându-le ca o leziune indirectă, o reacţiune de apărare, cu aceiaş valoare semeiologică în icterele hemolitice în general.

Dar nu trebue generalizat, căci nu toate icterile de origină paludică, sunt de natură hemolitică.

Şi tocmai aci este interesul de a şti unde începe icterile hemolitice în raport cu paludismul şi mai ales de a se şti cu precizіune geneza aşa ziselor accese bilioase pernicioase ale febrelor bilioase, hemoglobinurice sau nu.

Capitolul este deschis, dar prea nou pentru a putea trage concluziuni şi remâne ca noui investigaţiuni în direcţiunea aceasta să se înceapă, mai ales în mediul nostru, unde materialul abundă.

Icterul noilor născuţi şi icterul hemolitic

Ca complectare a studiului formelor clinic, amintim că şi *icterul noilor născuţi* a fost deasemenea supus cercetărilor hematologice recente.

Subt influenţa *hemafeismului* lui Gubler, Porak (1878-79), Depaul, Dreyfus-Brissac, Dupérrié, descriseseră *icterul idiopatic hemafeic* al noilor născuţi, dar fu părăsit până la 1894, când Bauzon reveni din nou la prima doctrină.

De atunci însă cu toate încercările de o a restabili, icterul noilor născuţi fu considerat de natură *hepatogenă.*

In 1904, Nathan reluă studiul acestuia, şi distinse, după

Lesage şi Demelin, un icter *bilifeic* de natură infecţioasă şi altul de natură *hemafeică*.

Ceva mai târziu, dar în acelaş an, Leuret (1). începe seria importantelor sale cercetări, demonstrând că există numai un icter datorit alteraţiunei sanguine, *un icter prin hematoliză.*

In 1907, Moussu, Leuret, Sabrazès, etc., confirmară rezultatele clinice hematologice şi experimentale găsite la adulţi de Chauffard şi Widal, descriind ast-fel un *icter idiopatic hemolitic al noilor născuţi*.

Raportul recent al lui Bué şi Voron (908), la Societatea de Obstetrică din Franţa, sintetizează fazele prin care a trecut cestiunea icterului copiilor noi născuţi.

In fine trebuie puse la contribuţiune concluziunile următoare extrase din importanţa lucrare a lui Cathala şi Daunay (1) de la finele anului trecut. (1908):

1. *Fragilitatea globulară* există, la naştere în sângele cordonului ombilical. Rezistenţa globulară creşte în primele ore, se măreşte puţin câte puţin zilele următoare; în a zecea zi ea este încă inferioară celei de la adult.

2. In sângele noilor născuţi se observă *hematii granuloase*. Numărul lor este considerabil la naştere, se măreşte în prima zi, şi pe urmă se micşorează progresiv. Hematiile granuloase devin excepţionale în sângele copilului după a 8-a zi.

3. *Se mai constată în sângele noilor născuţi globule roşii nucleate,* în primele 2 zile, policromatofile, anisocitoză şi în mod excepţional mielocite.

4. Sângele noului născut nu dă loc la fenomenul auto-aglutinaţiunei. Fenomenul auto-hemolizei este excepţional.

5. La câţi-va copii, după naştere, serumul prezintă urme de hemoglobină. Nu s'a observat nici o dată fenomenul zis „laquage du sérum (1)“, la noi-născuţi sănătoşi, cât şi la cei icterici sau nu.

6. Chiar de la naştere există în serum *pigmenţi;* se constată în particular prezenţa bilirubinei. Pigmenţii sunt abundenţi în a 3-a zi, şi se micşorează de la a 5-a la 10-a zi.

---

(1) Leuret, thèse de Bordeaux, 1904.

(1) Cathala et Daunay: Recherches sur le sang et sur l'urine des nouneaux-nés pour servir à l,étude de l'ictère simple des nouveaux-nés. L'obstétrique, Décemb. 1908, p. 561.

(1) Fenomen constant în *hemoglobinurie*.

7. Urina nu conţine *pigmenţi biliari* de cât în cantitate foarte minimă de la a 2-a la a 7-a zi.

8. Caracterele particulare prezintate de sângele şi urina noilor născuţi, din punctul de vedere al pigmenţilor sunt mai marcate la copii care devin icterici de cât la cei-l'alţi.

9. *Caractere găsite la examenul sângelui şi al urinei nouilor-născuţi sunt analoage cu acelea descrise in sângele şi urina adulţilor atinşi de icter hemolitic.*

Ele permit de a considera *icterul simplu atât de comun la noui născuţi, ca un icter de origină hemolitică.*

10. Cauza fragilităţei globulare observată la naştere, rămâne încă nedeterminată; poate că trebuie considerată ca un rest al adaptaţiunei fetusului la viaţa intra-uterină.

3. Evoluţiunea, — Durata. — Pronostic.

Evoluţiunea icterelor hemolitice diferă după cum avem în vedere pe cel congenital sau pe cel adult.

In icterul congenital, „boala se iveşte după cum zice Chauffard, odată cu bolnavul, evoluează cu iel“ şi sfârşeşte cu iel, putem adăoga.

Leziunea globulară rămâne adesea o leziune compensată, sângele rămâne în echilibru relativ, de şi instabil, după cum forţele de destrucţiune sau de regeneraţiune se întrec. Organismul acestor bolnavi se acomodează cu starea de anemie permanentă, şi această adaptaţiune se menţine indefinit, fără ca nici-odată să putem vedea icterul hemolitic congenital mergând către sindromul anemiei pernicioase.

Cu totul deosebită este evoluţia icterului hemolitic la adult: ea este supusă fluctuaţiunilor brusce şi grave, sunt perioade de paroxism acut, alternând cu perioade de acalmie. Aci anemia este mai profundă, destrucţiunea globulelor roşii mai masivă. In timpul procesului acut de deglobulinizare, febra apare, prostraţiunea extremă, boala ia aspectul anemiei pernicioase icterice.

Intr'un caz este o distrofie evolutivă, compensată, în celalalt, boală bruscă, sau agravată, atacând un organism adult, nepregătit şi ale cărui mijloace de elasticitate şi de apărare nu sunt suficiente (Widal).

Din cele ce preced, *durata*, icterelor hemolitice variază: este mai lungă în tipul congenital, mai bine tolerată, şi deci de un *pronostic benin;* ea sfârşeşte odată cu individul.

Din contră *durata* icterului hemolitic necongenital, este mai *scurtă*, mai supusă agravărei, şi deci de un pronostic mai îngrijitor. Bolnavul sau sucombă cu simptome alarmante, sau sfârşeşte în anemia perniciasă progresivă.

3. Diagnostic

Diagnosticul icterului hemolitic nu trebuie făcut, *a priori*, singură cercetarea *fragilităţei globulare şi a hematiilor granuloase* poate conferi un caracter de certitudine (Widal).

Prin urmare singurul *criterium* este analiza hematologică.

Ar fi să perdem timpul în arguţii bizantine, dacă am înşira aci caracterele clinice ale icterelor hepato-biliare, subt toate formele şi cauzele lor, prin opoziţiune cu cele hemolitice. Intr'un caz ca şi în altul, clinica este neputincioasă ca să hotărască în mod absolut, căci; şi într'o parte ca şi în cea-laltă, sunt forme, care se confundă între ele.

a) Dăm aci, un tablou de caracterele distinctive dintre ambele grupuri, arătând în mod schematic opoziţiunea lor:

Paralela clinică între icterul hemolitic şi icterul prin retenţiune

Caractere diferenţiale clinice, propriu zise:

Icter prin retenţiune.	*Icter prin hemoliză:*
Cholemie biliară.	Cholemie pur pigmentară.
Cholurie: Reacţiunea lui Gmelin pozitivă.	Acholurie: Reacţiunea lui Gmelin negativă.
Materiile fecale decolorate.	Materiile fecale colorate şi de multe ori *hipercromie*.
Simptome clinice bilio-toxice: prurit intens şi generalizat, bradicardie, puls rărit, xantelasma, etc.	Absenţa simptomelor bilio-toxice. (Caracter clinic important)
Stare generală:	*Stare generală:*
Slăbire generală crescând cu perdere în greutate, chiar la repaus.	Bună cu creştere în greutate la repaus. Accese paroxistice de anemie.

Caractere diferențiale hematologice

Prezența sărurilor și acizilor biliari în sânge.	Absența acestora în sânge.
Absența anemiei prin deglobulizare, poliglobulie de multe ori.	Anemie cu hipoglobulie constantă.
Rezistența globulelor roșii augmentată sau normală cu ambele procedeuri; sânge total și deplasmatizat.	Rezistența globulelor roșii micșorată: *Fragilitate globulară*, cu ambele procedeuri. (Stigmat fundamental).
Macrocitemie	*Microcitemie, constantă*
Absența simptomelor de renovațiune sanguină; și deci de reacțiune medulară: Lipsă de hematii granuloase.	Prezența elementelor de renovațiune sanguină de reacțiune medulară: policromatofilie, anisocitoză, elemente mieloide, etc. Prezența de *hematii granuloase* (stigmat fundamental).

b) O concluziune de importanță capitală, din punctul de vedere practic, reese din discuția deferențiărei acestor 2 grupe de ictere: aceia a interventiunilor chirurgicale: căci *niciodată icterele hemolitice nu trebuesc operate.*

„Ele trebuesc considerate ca un fel de *noli me tangere* pentru chirurg“ (1) a cărui datorie în fața unui icter de origină nehotărâtă, va fi să practice mai întâiu cercetarea hematologică — foarte simplă de alt-fel, — și apoi să decidă interventiunea, mai ales, că unele ictere hemolitice simulează accesele de colică hepatică și unde cestiunea interventiunei este deschisă.

c) O altă distincțiune nu mai puțin importantă reclamă grupul de icter descris de Gilbert și elevii sub numele de *cholemie familială* (2). Cu toate asemănările clinice, în aparență, acest grup 'și păstrează autonomia sa în cadrul nozografic, nefiind de loc menit să fie înglobat în grupul icterelor hemolitice.

---

(1) Chauffard. Loc. cit. Semaine Méd. No. 5, 29 Ianuarie 1908, p. 52.

(2) Gilbert, Lereboullet et Herscher: Les trois cholémies congénitales. Bul. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 15 Noembre 1907, p. 1203.

La finele acestei comunicări se găsește o bogată bibliografie de numeroasele publicațiuni ale lui Gilbert singur sau în colaborare cu elevii săi, repartizate ast-fel:

1. *cholemia fiziologică* cu 7 memorii.
2. *cholemia simplă familială* cu 43 memorii, dintre cari 8 numai de elevii săi.
3. *icter congenital simplu* cu 7 memorii, 3 de elevii săi.
4. *cholemimetrie* cu 4 memorii, o teză de Stankevich.

Singur examenul sângelui permite o distincţiune precisă, căci sunt cazuri din grupul *cholemiei,* care n'au arătat, nici fragilitate globulară, nici hematii granuloase, precum sunt altele, care intră direct în grupul icterelor hemolitice (Cade, Cade şi Chalier).

d) *Hemoglobinuria paroxistică* se poate confunda şi ea cu icterul hemolitic.

Se ştie că procesul de căpetenie în hemoglobinurie. consistă în acţiunea hemolizantă a plasmei sanguine asupra hematiilor, sub influenţa frigului, după cum s'a dovedit *„in vitro“* de Donath şi Landsteiner fenomen explicat de către Widal prin insuficienţa antisensabilizatricei.

Cu toate astea, în hemoglobinurie, după cercetările lui Widal, globulele roşii nu sunt atinse de fragilitate, căci supuse la 0 grade şi cercetate prin procedeul deplasmatizărei, reacţiunea s'a găsit negativă.

Deci, nu fragilitatea globulară este cauza hemolizei în hemoglobinurie, precum este în icterul hemolitic, ci acţiunea directă disolvantă a plasmei.

c) Cercetările moderne hematologice, au avut darul de a pregăti, pentru viitor, o remaniere generală în grupul *anemiilor,* în care erau înglobate afecţiuni de natură organică diferite, dar cari prezintau un singur simptom comun, anemia obiectivă.

Anemiile pernicioase cu întreaga lor gamă de variaţiune, *anemiile splenomegalice* pot fi confundate cu icterul hemolitic. Este inutil de a mai repeta, că în starea actuală a ştiinţei, numai examenul hematologic, poate fi singurul criteriu pentru delimitarea acestor afecţiuni. Trilogia hematologică, — *fragilitatea globulară, hematiile granuloase, microcitemia* —, rămâne adevărata bază a icterelor hemolitice.

Or, multe din anemiile splenomegalice, cu caracterele hematologice identice icterelor hemolitice, intră în grupul acestora din urmă, constituind faza lor iniţială, înainte de ivirea icterului.

Comunicările recente,—Armand-Dellile, Feuillée, Chauffard, Troisier,—tind a dovedi legitimitatea celor ce preced asupra cărora vom insista mai pe larg la discuţiunea patogeniei icterului hemolitic.

d) Dacă este important, din punctul de vedere medico-chirurgical, să stabilim diagnosticul diferenţial între ambele grupe de ictere, hepato-biliare şi hemolitice, sau şi între alte afecţiuni asemănătoare, nu mai puţin important este să stabilim şi diagnosticul dintre tipul hemolitic congenital şi cel necongenital.

Un icter congenital tip Minkowski-Chauffard este în general un icter cu pronostic benign, fără urmări grave pentru bolnavi, evoluţiunea lui nu este supusă oscilaţiunilor brusce, şi deci întreaga terapeutică se reduce la o cestiune de igienă generală, cel puţin până azi.

Icterul hemolitic adult, tip Widal variabil ca formă clinică, ca intensitate, este supus acceselor paroxistice violente, în care bolnavul poate sucomba, cu un cuvânt are un pronostic mai grav şi atunci terapeutica consistă pe lângă igiena generală, în măsuri urgente, energice.

Iată, în mod schematic, o paralelă între ambele tipuri:

Paralelă clinică între icterul hemolitic congenital şi cel necongenital.

Caractere comune, care sunt la baza tutulor icterelor hemolitice: *fragilitatea globulară* şi *hematiile granuloase.*

Caractere deferenţiale clinice

Icter hemolitic congenital, tip. Minkowski-Chauffard.	*Icter hemolitic necongenital* tip Widal
a) Etiologice: congenital familial, ereditar.	*Etiologice:* absenţa eredităţei, apare dea dreptul în etatea adultă.
b) Clinice: simptome clinice fixe.	*Clinice*: variabile.
Splenomegalia considerabilă fixă.	Splenomegalie supusă fluctuaţiunilor, mărită şi dureroasă în timpul acceselor paroxistice.
Anemia puţin intensă.	Anemia foarte intensă.
c) Evolutive: aceiaşi de la naştere până la moarte, uniformă şi fixă, permiţând existenţa normală şi exerciţiul unei profesiuni grele.	*Evolutive:* Supuse oscilaţiunilor, accese paroxistice, stare generală agravată, reclamă repausul absolut, incompatibile cu exerciţiul profesiunei.
Durata lungă, o viaţă întreagă	Durata scurtă.
d) Pronostic benign.	Pronostic grav.

Caractere diferenţiale hematologice

a) Fragilitatea globulară forte se revelează cu ambele procedeuri: sânge total şi sânge deplasmatizat, dar mai sensibilă în cazul din urmă.	Fragilitatea globulară nu în totdauna; cu sângele total poate trece ne băgată în seamă, dacă nu se controlează cu procedeul hematiilor deplasmatizate.
b) Hipoglobulie moderată.	Hipoglobulie intensă, destrucţiunea masivă a globulelor roşii în timpul acceselor paroxistice.
c) Poikilocitoză Anisocitoză } uşoare	Poikilocitoză Anisocitoză } intense
Microcitemie	*Microcitemie*
d) Reacţiune mieloidă puţin pronunţată.	Reacţiune mai accentuată cu mielocite şi globule roşi nucleate abundente
e) Auto-aglutinaţiunea hematiilor nu există.	Auto-aglutinaţiunea există.

III

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Capitolul anatomiei-patologice nu este prea bogat în documente; până azi, nu sunt în ştiinţă de cât 3 autopsii autentice de icter hemolitic.

Minkowski (1900), cel d'intâiu, având ocaziunea de a practica autopsia unui caz de icter congenital şi familial, nu găsi la nivelul căilor biliare, nici angiocolită, nici scleroză. Examenul ficatului însă revela o încărcare pigmentară, care se revedea şi în rinichi, sideroză pigmentară.

Minkowski afirmă că această stare anatomică corespunde unui processus hemolitic, şi emise ipoteza că *icterul* depinde în acest caz de o destrucţiune anormală a pigmentului sanguin, subordonată poate unei leziuni primitive a splinei.

Este pentru prima oară, când se încearcă o apropiere între icter şi hemoliză (1).

---

(1) Minkowski: Ueber eine eigentümliche hereditäre Form von Splenomegalie mit chronischem Ikterus (Verhandlungen des 18. Kongresses für innere Medizin), Wiesbaden 1900 şi Semaine Méd. 1900, p. 149.

Vaquez și **Giroux** (1), în 1907, au regăsit leziunile și-au complectat studiul acestora în icterul hemolitic congenital, confirmat hematologicește.

Ceva mai recent în 1908, **Oettinger** (2) raportează în mod detaliat studiul isto-patologic al unui caz de icter hemolitic necongenital. In fine, trebuie pus la contribuțiune și cazul lui **Widal** și **Joltrain** (3) 1908, icter hemolitic desvoltat în urma unei anemii hemoragice, unde ficatul nu prezinta nici o leziune, fie și a canaliculelor biliare, iar splina arăta leziuni identice cu acelea descrise de autorii precedenți.

Studiul anatomo-patologic al icterelor hemolitice, arată și mai bine cum reese în relief individualitatea acestora.

Intr'adevăr pe lângă caracterele cito-hematologice descrise mai sus, pe lângă fragilitatea globulară, care dovedește cu prisosință criteriul esențial al icterelor hemolitice, leziunile diferitelor organe se prezintă și ele la rândul lor cu caractere absolut particulare.

Se înțelege că fiind vorba de *icter*, prin natura lucrurilor suntem conduși a studia mai întâiu leziunile *ficatului*. Dar, trebuie să declarăm de la început, — și trebuie reținut ca un fapt important, — că ficatul în majoritatea cazurilor *este normal*, rare ori puțin mărit de volum, cu o suprafață netedă, și fără granulațiuni.

Vezicula biliară s'a găsit dilatată, plină cu o bilă groasă, nămoloasă, conținând câteva calcule mici și foarte friabile.

In canaliculele biliare se găsește acelaș nămol biliar, abundent, dar fără ca orificiul lor să fie obstruat: permeabilitatea biliară e conservată, căci bila se putea scurge în mod normal.

Din contra *splina*, de regulă, este în totdeauna ipertrofiată, atingând chiar dimensiuni considerabile, mai ales în icterul hemolitic congenital (icter cronic spleno-megalic al lui **Hayem**). Mai puțin voluminoasă, și mai rară este ipermegalia splenică în icterul hemolitic necongenital.

---

(1) **Vaquez** et **Giroux**: Ictère chronique acholurique avec splénomégalie. Les relations avec l'anémie hémolytique Bull. et Mem. Soc. Méd. des hôp. Paris, 8 Noemb. 1907 p. 1184.

(2) **Oettinger**. Sur un cas d'ictère d'origine hémolytique non congénital. Etude des lésions anatomiques. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 23 Oct. 1908, p. 397.

(3) **Widal** et **Joltrain**. Ictère hémolitique dévelop. au cours d'une anémie post-hémorrhagique. B. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 6 Noemb. 1908, p. 468.

S'a constatat un uşor grad de peri-splenită, cu capsula lui Glisson îngroşată (Oettinger), rezistentă şi de coloraţiune violacee.

Vasele splenice şi câteva din ramurile lor sunt trombozate, fără a fi însă complect obstruate.

Ganglionii spleno-limfatici, variabili ca volum, dar toţi, sunt hipertrofiaţi, contrariu ganglionilor mezenterici, cari toţi sunt normali şi de acelaş volum.

Rinichii prezintă un aspect normal, dar la cupa macroscopică se poate vedea o coloraţiune palidă trăgând spre galben roşu.

Examenul microscopic ne va revela mai bine şi mai precis leziunile viscerelor.

Ficatul, macroscopiceşte, nu ne arată nici o modificare, care să trădeze o stare patologică, şi studiul microscopic confirmă constatarea asta.

Nu se găseşte în niciunul din cazurile studiate, nici o urmă de scleroză, sau de degenerescenţă, afară de leziunile recente suprapuse, înainte de sfârşitul fatal. In toate cazurile se vede integritatea complectă a lobulului hepatic.

Totuşi, analiza mai minuţioasă a celulei hepatice face să reiasă un caracter tipic, aproape patognomonic: toate elementele nobile conţin grămezi de pigmenţi, cu reacţiunile pigmentului feric. Au fost semnalate întâia dată de Minkowski în 1900; după Vaquez şi Giroux, Castaigne şi Oettinger etc. aceste pigmentaţiuni, trebuesc considerate, nu ca un processus banal, ci ca o leziune specială, a evoluţiunei icterului hemolitic.

Deci *sideroza pigmentară generală*, iată leziunea caracteristică a ficatului.

Leziunile *splinei* sunt constante, căci aşa reese din toate cazurile studiate până azi.

Aceia ce se observă mai întâiu în pulpa splenică, este o *congestiune masivă a cordoanelor lui Billroth*, care se desenează în mod admirabil la examenul microscopic. Printre globulele roşii aglutinate între ele, de structura şi coloraţiunea normală, se observă câţi-va nuclei îndesaţi de globule albe — macrofagi, de globule roşii şi de pigmenţi. In unele locuri pigmenţii se găsesc în stare liberă.

Această *stare pigmentară* şi *această macrofagie*, par a fi minime, ţinând seamă de congestiunea enormă şi masivă a regiunei examinate, congestiune atât de pronunţată, în cât ori-ce structură de reţea ne scapă, crezând că ne găsim în prezenţa unor adevărate vase umplute cu sânge.

Sinusurile splenice, se prezintă ca nişte spaţiuri goale, — fără sânge —, în mijlocul parenchimului splenic.

Vaquez şi Giroux, ca şi Bonvoisin şi Fiessinger au remarcat în cavitatea sinusurilor figuri de macrofagia globulelor roşii.

In rezumat, splina nu prezintă nici o leziune de scleroză oare-care, în afară de o *congestiune pulpară intensă a cordonului lui Billroth şi o uşoară macrofagie pigmentară* în interiorul sinusurilor. Aceste leziuni prea puţin intense sunt în legătură, după Vaquez şi Giroux, cu o simplă exagerare a funcţiunei normale splenice. *Ganglionii limfatici, din hilul splenic* sunt transformaţi în adevărate masse de ţesut limfoid, străbătute de numeroase sinusuri.

Leziunea principală îşi are sediul la nivelul acestor sinusuri, unele pline de globule roşii, altele goale: aci se *vede o încărcare pigmentară extraordinară* a celulelor păturei endoteliale, care se întinde şi la câţi-va macrofagi din interiorul sinusului.

Prin urmare dar, în ganglionii limfatici, mai mult de cât în celelalte ţesuturi viscerale, se găseşte *o stare pigmentară intensă*, la nivelul sinusurilor perifoliculare.

Aparatul renal nu prezintă leziuni, care merită să fie relevate, de cât acelea privitoare iarăşi la pigmentaţiunea despre care vorbirăm. Aşa tuburile întoarse oferă o infiltraţie pigmentară considerabilă, colorată în albastru de ferocianura, care lipseşte în tuburile lui Henle, deşi în interiorul acestora poate circulă în stare liberă câţi-va pigmenţi.

In rezumat, leziunea isto-patologică a viscerelor în cursul icterelor hemolitice, este o *sideroză pigmentară generalizată* (1).

Structura măduvei oaselor

In icterul hemolitic măduva oaselor prezintă modificaţiuni, care aduc mărturia, ca şi acest ţesut ia parte importantă la procesul patologic.

Globule roşii granuloase, cu coloraţiunea lui Pappenhaim, sunt numeroase şi prezintă o policromatofilie foarte pronunţată.

In urma fixaţiunei, se constată o abundenţă considerabilă de globule roşii policromatofile, multe dintre ele cu nucleu reprezintate prin *megaloblaste*, şi câte-va rare *normoblaste*.

---

(1) Castaigne: Les ictères hémolitiques avec sidérose pigmentaire du foie. Bull. et Mem. Soc. Méd. des hôp. Paris 15 novembre 1907 p. 1211.

Mielocitele neutrofile şi celulele mari cu protoplasma *bazofilă* sunt mai numeroase de cât în starea normală. Se observă însă abondenţa polinuclearelor şi a mielocitelor cu granulaţii eozinofile.

In rezumat, „*măduva oaselor este în plină renovaţiune sanguină*, comparabilă în totul, cu aceia ce se observă la iepurii, care au fost supuşi injecţiunilor hemolizante". (Bonvoisin şi Fiessinger, în Oettinger, Soc. cit. p. 407.

Leziunile istologice, în icterul hemolitic ne pot conduce să precizăm evoluţia procesusului fizio-patologic, şi să tragem câte-va reflexiuni sugestive, care să ne servească la luminarea patogeniei acestor ictere şi deci, la conduita, ce trebue avută în terapeutică.

Mai întâiu, leziunea de căpetenie, nu se găseşte în ficat, cum ar fi fost de bănuit, fiind vorba de sindromul icter; din contra organul hepatic, în toate cazurile este normal şi aproape intact ca leziune, fără angiocolită, afară de o fină pigmentaţiune ferică.

Investigaţiunile microscopice ne îndreaptă în spre alte organe.

Splina este în plină reacţiune macrofagică şi pigmentară, cu congestiunea enormă a cordoanelor lui Billroth.

Se pare deci că rolul predominant al acesteia nu poate fi negat şi devine o certitudine, prin faptul că în parenchimul splenic are loc destrucţiunea enormă, — hecatombele de hematii —, aşa precum reese din starea anatomică a ganglionilor splenici, contrariu celei a ganglionilor mezenterici, care sunt normali şi fără urme de pigmentaţiune ferică.

„Această constatare, după Chauffard, este proba evidentă că se poate produce stări ganglionare de origină splenică, după cum tot ast-fel se formează stări hepatice (1), de origină splenică, aşa că pigmentul de origină hemolitică, se formează în splină, se acumulează acolo, este reluat şi mobilizat prin reacţiune macrofagică, pe urmă trece de limitele splinei, eşind afară din parenchim, lăsând urme istologice de migraţiunea sa, în organele receptoare eferente, ficatul şi ganglionii splenici, şi chiar în organul depuraţiunei eliminatoare, glanda renală (1)".

---

(1) Chauffard în 1904 (Bulett. et Mem. Soc. M. H. 9 decemb. 1904 p. 1196). spunea deja că: „unele splenomegalii, pot deveni *infectante*, pentru ganglionii în care se varsă limfaticele splinei, adecă pentru lanţul ganglionar, care însoţeşte marginea superioară a pancreasului şi se continuă din ce în ce mai aproape de hilul ficatului. La eşirea din splină agenţii toxi-infecţioşi, *resturile globulolitice*, macrofagii, ar găsi ast-fel o îndoită eşire, una mai largă şi mai importantă prin vena splenică, alta prin vasele limfatice eferente ale splinei şi ganglionii, la care ajung".

In rezumat, studiul anatomo-patologic în icterul hemolitic, ne lasă să bănuim că leziunea iniţială probabilă, aparţine globului roşu, care, mai fragil, este lesne distrus, hemolizat în interiorul parenchimului splenic; la rândul ei splina supusă unei activităţi exagerate şi continuă ne arată leziuni doveditoare ale unei funcţiuni devenită patologică, în cursul icterelor hemolitice.

Atunci sângele încărcat de pigmenţi sanguini, în urma destrucţiunei hematiilor, ese din splină prin cele 2 căi — vena splenică şi vasele limfatice —, inundă organismul, spre ficat, prima cale, mai scurtă şi mai repede de apucat, contribuind la formarea unei bile abundentente şi mai consistentă, spre aparatul de depuraţiune, contribuind la eliminarea lui.

Iată explicaţiunea *siderozei viscerale generalizate*, asupra căreia vom reveni, mai pe larg în capitolul următor.

IV

PATOGENIE

Trebue să recunoaştem de la început, că patogenia icterului hemolitic rămâne încă obscură până la nouă cercetări; până atunci este supusă feluritelor moduri de interpretaţiune din partea autorilor.

Aşa valoarea patogenică a celor 3 elemente principale ale acestui sindrom: *icterul*, *splenomegalia* şi *anemia*, nu este înţeleasă în acelaş mod de toţi.

Icterul, după unii este interpretat ca un icter hepatic de resorpţiune, fie prin pleiocromie (Hayem, Chauffard, Gilbert, Oettinger etc.), fie prin acatexie, paracolie (Pick, Claus, Kalberlack) datorită unui viţiu funcţional a celulei hepatice, de origină congenitală, toxică sau emotivă, după alţii, ca un icter hemateic datorit transformării directe în sânge a *hemoglobinei în bilirubină, fără a trece direct prin ficat* (Widal).

Splenomegalia este pentru unii cauza (Minkowski), pentru alţii (Widal) consecinţa destrucţiunei globulare; Chauffard ad-

---

(2) Chauffard et Troisier: Deux cas d'ictère hémolytique B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris 30 oct. 1908, p. 412.

mite (Hayem nega) o relaţiune directă fie între icter şi splenomegalie, fie între splenomegalie şi hepatomegalie.

Destrucţiunea globulară este atribuită sau boalei *splinei* (Minkowski) sau din contra boalei primordiale a însă-şi hematiei (Chauffard, Benjamin, Sluka, Widal).

Cât priveşte participaţiunea ficatului la procesul morbid, trebue observat că după ce a ocupat primul rând cu Hayem-Gilbert, azi este lăsat pe ultimul plan, ba ceva mai mult, abia se mai discută dacă mai poate avea vre-un rol în mecanismul icterului hemolitic.

Mai pe scurt, majoritatea autorilor moderni admiţând natura hemolitică — prin fragilitate globulară — a noului icter descris, interpretarea patogeniei acestuia s'ar putea reduce la 2 păreri, adică:

1. un icter prin *hemoliză* şi *pleiocromie*, hemato-hepatogen, (Afanassiew, Chauffard, Oettinger).

2. sau un icter, numai strict *hematogen*, (Widal şi elevii săi).

Cestiunea patogeniei icterului hemolitic se reduce, în esenţa ei, la următoarele întrebări:

Simptomul icter, poate el fi produs fără legătură directă cu organul hepatic?

Sau mai precis: *materia colorantă a icterului poate lua naştere direct în sânge, fără o trecere prealabilă prin celula hepatică?*

Şi atunci: *icterul, zis hemolitic, este el o afecţiune mai mult hematică, sau ţine mai mult de organul hepato-biliar?*

In sprijinul primei afirmaţiuni s'ar putea invoca argumente de ordine *fiziologică, clinică, anatomo-patologică* şi *experimentală.*

1. Se ştie că, de la experienţele clasice ale lui Stadelmann, Minkowski, Afanassiew, Naunyn, asupra icterelor hemolitice experimentale, nu se mai admitea, ca materia colorantă icterică, se poate forma direct în sânge, printr'un processus de transformaţiune a hemoglobinei, fără participarea celulei hepatice.

Din hemoglobina în exces, în sânge, ficatul fabrică o cantitate enormă de pigmenţi, în cât bila supraîncărcată, pleio-cromică (Stadelmann) ar fi resorbită în mare parte. Este vorba deci de un icter hepatic, un adevărat icter prin retenţiune intra-hepatică, consecutiv pleiocromiei biliare.

Este foarte uşor de înţeles, şi nimeni nu va nega, că în anumite împrejurări, ficatul fiind continuu asediat de o *pletoră* *pigmentară sanguină*, să nu sufere şi că prin urmare, turburările biligenice să nu se adaoge la turburările de origină sanguină (Widal).

Cu toate astea se poate pune întrebarea, dacă pigmentul icteric nu este fabricat cel puţin în parte, în afară de ficat (1). Aşa, de exemplu, se ştie de mult faptul, că mutaţiunea hemoglobinei în bilirubină şi chiar în urobilină, este o realitate în vechiurile exsudate emoragice, iar la nivelul echimozelor, în focarele emoragice, Langlans şi Quincke, au găsit bilirubină.

Când se injectează, în ţesutul celular, *sânge defibrinat*, cum a făcut Quincke, se găseşte pigmenţi biliari în focarul zonelor vecine.

Sabrazès şi Munatet au arătat prezenţa urobilinei în lichidul cefalo-rachidian. Frouin la rândul lui a demonstrat transformarea emoglobinei în pigmenţi biliari, în revărsările sanguine meningee şi pleurale precum şi prezenţa hemoglobinei cu urobilină, în hematomele traumatice.

Prin urmare geneza acestor pigmenţi, pe seama hemoglobinei, independent de ori-ce intervenţiune a celulei hepatice s'ar părea un fapt bine stabilit, aşa că Widal pune întrebarea dacă acelaş fenomen nu se poate produce şi în organism, în cursul icterelor

Dar nu este numai atât.

2. Din studiul descripţiunei clinice, am văzut că în cursul icterului hemolitic, atât din punctul de vedere clinic propriu zis, cât şi din punctul de vedere hematologic, nu se observă nici un simptom în raport cu *retenţiunea biliară*, adică cu retenţiunea nu numai a pigmenţilor, dar şi a *sărurilor* şi *acizilor biliari*. Organismul este impregnat exclusiv numai de *pigmenţii singuri*, fără intervenţiunea celorlalte principii ale *bilei: este o cholemie pur pigmentară*.

Pe de altă parte am mai văzut încă un alt fenomen curios: cu toată intensitatea icterului, cu toată durata sa lungă, niciodată nu s'a observat semne de *intoxicaţiune biliară*: nici *prurit* (2), nici *bradicardie*, nici *slăbirea forţelor* şi *perderea din greutate*, precum se vede de regulă în icterele prin retenţiune.

Se pare deci, după Widal, că sindromul icter este oare-cum disociat și că în asemenea cazuri, este vorba mai mult de o impregnațiune *organică pigmentară* fără intervențiunea *sărurilor și acizilor biliari*. Acest fapt ar fi greu de înțeles dacă se admite că icterul hemolitic este de origină hepatică, provenit din refluxul bilei la nivelul canaliculelor biliare. El se explică mai ușor dacă se admite formațiunea icterului în afară de ficat, printr'un processus, la care nu ia parte celula hepatică.

---

(1) Widal, Abrami et Brulé; Loc. cit. Arch. malad. du cœur, vaiss. et du sang. No. 4. 1908.

(2) Cazul lui Oettinger face excepţie. Loc. cit.

3. Afară de aceste considerațiuni clinice, studiul leziunilor anatomice coroborează și mai puternic teoria sanguină a icterului hemolitic.

Așa în toate cazurile autopsiate, s'a constatat absența absolută de leziuni hepatice. Ficatul s'a găsit indemn, fără urme de angiocolită sau de scleroză. In canaliculele biliare este drept, s'a remarcat o bilă mai groasă, nămoloasă, cu mici calcule friabile, secundare unei destrucțiuni exagerate de globule roșii, și atâta tot. Dar în schimb, toate observațiunile concordă prin a arăta, că ficatul este sediul unei *sideroze pigmentare generalizată*, proba destrucțiunei globulelor roșii și acumulărei pigmenților lor, contrariu de ceea ce găsește în cazurile de ictere hepato-biliare.

4. In fine experimentațiunea la rândul ei pare a fi în sprijinul teoriei ematice. Mai întâiu, Widal reluând experiențele clasice ale lui Stadelmann, Afanassiew, Vast etc., a putut reproduce icterul hemolitic, — injectând la câini, pe cale peritoneală dose de toluilen-diamină, între 0,50 ct. și 1,50 cnt.— icter de intensitate variabilă, fie supraacut și mortal în 48 ore, fie mai lent și cu supravețuirea animalelor.

Studiul sângelui în cursul acestor ictere experimentale a arătat modificările identice găsite la om; la toate animalele în experiență, pe timp ce apărea *icterul*, Widal constata o *anemie globulară, cu rezistența micșorată* și apariția *hematiilor granuloase*—absente înainte de experiență, — trilogia hematologică a icterului hemolitic.

Dar ceva mai mult: aceste rezultate experimentale sunt și mai isbitoare, când le comparăm cu acelea obținute în cursul *icterului experimental, prin retențiune;* aci reacțiunile hematologice sunt exact opuse celor d'întâiu, rezistența globulară este augmentată, anemia absentă ca și hematiile granuloase.

In rezumat, după considerațiunile, ce preced, icterul hemolitic poate fi interpretat ca o *leziune primitivă a globulului roșu*, caracterizat printr'o destructibilitate particulară; ipertrofia splinei ar fi consecinţa unei enorme sarcini funcţionale, impusă prin destrucţiunea exagerată a globulelor roşii; şi în fine icterul n'ar fi alt-ceva, de cât un fenomen secundar, datorit poluţiunei sângelui prin abundenţa pigmenţiilor deviaţi din hemoglobina, pusă în libertate în parenchimul splenic.

Contra acestei concepţiuni, în favoarea unei teorii univoce — sanguină —, s'a ridicat Hayem, (1) şi Glénard (2).

Obiecţiunea capitală formulată de Hayem contra icterului hemolitic, este inadmisibilitatea transformărei hemeglobinei în bilirubină — pigment biliar adevărat — fără o trecere prealabilă prin ficat. Ori, în starea actuală a ştiinţei, bilirubina este singurul pigment, pe care numai celula hepatică poate elabora.

Şi atunci, dacă există în perioada de stare a afecţiunei, bilirubină în serum sanguin, aceasta se datoreşte resorpţiunei ei în ficat; iar pentru ca resorbţiunea să fie posibilă trebuie, neapărat ca excreţiunea normală să fie împedicată. Această împedicare nu provine dintr'o strâmtorare a calibrului căilor biliare, fiind-că calibrul lor este conservat (anatomia patologică dovedeşte), ci dintr'un exces de cantitate — polycolie — sau de densitate — pleiocromie — a lichidului biliar.

Icterul *hemolitic este deci un icter hepatic, — bilifeic* — cu toate că Hayem are grija să recunoască şi să considere *hemoliza* ca unul dintre caracterele fundamentale ale acestuia, fiind-că admite existenţa unei boale primitive a globului roşu, datorită *eredo-sifilisului.*

Afecţiunea poate foarte bine să fie hemolitică, *dar nu icterul propriu zis, acesta este pur hepatic,* şi atunci *„ce poate însemna expresiunea de icter hemolitic?“* zice Hayem. (3)

După Glénard, iată cum trebuie interpretată natura icterului zis hemolitic:

Cronicitatea boalei s'ar explica prin existenţa cercului viţios următor, *fiind dat introducerea unui corp vătămător în ficat, pe cale sanguină:* viciarea secretorie biliară a celulei hepatice—icter—

---

(1) Hayem: Nouvelle contribution à l'étude de l'ictère infectieux chronique spléno-mégalique. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 24 janv. 1908, p. 128. A se vedea întreaga comunicare, precum şi răspunsul lui Chauffard p. 138.

(2) Glénard: Loc. cit. Revue des Malad. de la Nutrition. 1908, a se vedea obiecţiunile autorului în ultimul număr (Vezi bibliografia). No. 4. avril, 1908.

(3) Loc. cit. p. 140.

splenomegalie vicariantă, fragilitate globulară, granuloasă, microcitemie prin viciarea hematopoiezei splenice, poate chiar și hepatică --hemoliză, supraproducțiune pigmentară -- viciarea secretorie biliară a celulei hepatice. Anemia clinică, ca și accesele paroxistice, ar fi cauzate prin intervenirea cauzelor ocazionale asupra unui organizm și în particular asupra unui ficat, splină, sânge deja bolnave, și prin urmare cu atât mai vulnerabile (1).

După Glénard, deci, până la o nouă concepțiune, icterul hemolitic trebuie menținut în cadrul nozologic al afecțiunilor ficatului, căci înainte de a nu se accepta intrerpretarea de mai sus ar trebui:

1. Să se cunoască adevăratul mecanism al *icterului acoluric* comparat cu acela al icterului nouilor-născuți, care de asemenea este acoluric, dar cu hemoglobinemie prin hemoliză „a frigore“ în loc de bilirubinemie (Leuret, Th. Bordeaux, 1904).

2. Se se cunoască mecanizmul icterului emotiv și în general rolul sistemului nervos asupra chimismului pigmentar al celulei hepatice.

3. Să se cunoască chimia exactă a pigmenților biliari; aceia a izomerilor bilirubinei, însemnătatea urobilinei; rolul distrucțiunei globulelor roșii în formarea colesterinei și a acizilor biliari.

4. Să se cunoască rolul precis al ficatului și al splinei, corelațiunea chimică a acestor organe, în metabolismul pigmenților colorați, fie către hemoglobina fie în degradarea lor către bilirubină.

Deci se impune o rezervă, observă Glénard.

Precum vedem, toată ținta autorilor, pentru a lămuri, patogenia icterului hemolitic, este exclusiv îndreptată asupra mecanismului *icterului*, ca simptom, pe când, în realitatea, acesta este un fenomen secundar, care poate lipsi chiar, în cursul icterului hemolitic și deci nu în mecanismul lui rezidă întreaga patogenie acestuia din urmă.

Concepțiune personală a patogeniei icterului hemolitic

După părerea noastră, patogenia icterului hemolitic, trebue înțeleasă în alt mod.

Intre ambele teorii opuse, hematică sau hepatică, stă adevărul: ele nu se exclud una pe alta, din contra ele se pot concilia, dacă avem în vedere evoluția clinică a acestui sindrom, — singura bază solidă — pentru discuțiunea patogeniei.

---

(1) Glénard. Loc. cit. p. 165. No. 4 avril 1908.

Sunt 2 faze clinice, distincte de considerat în cursul icterului hemolitic, de cari autorii nu ţin seamă:

a) una *hematică pură*, iniţială, variabilă ca durată, fără prezenţa obiectivă a icterului,

b) şi alta *hepatică*, tardivă sau secundară, când icterul apare evident şi generalizat.

1. In prima fază, toată boala se reduce la un processus patologic de alterarea stromei globulare; până aci nu este nimic hepatic sau biliar, din contra, este o fază pur şi simplu hematică, când diferiţii agenţi *fizici*, *chimici* sau *parazitari*, atacând globulul roşu, se stabileşte leziunea stromei, dovedită prin *existenţa fragilităţei globulare*. In acelaş timp, dacă nu contemporan, dar puţin mai târziu, în urma deglobulinizărei prin hemoliză splenică, organele hematopoietice şi în special măduva oaselor reacţionează, se vede o sforţare de apărare şi de regenerare sanguină, prin apariţiunea hematiilor granuloase şi a elementelor mieloide.

Experienţa concordă absolut cu clinica, căci, precum am văzut hematiile granuloase, dovada reacţiunei medulare sunt produse exclusiv numai *„in vivo“* şi nici de cum *„in vitro“*.

Se înţelege de la sine că cu toată cunoştinţa acestor fenomene din faza iniţială, procesul intim *fizio-patologic* al dezagregărei ne rămâne încă obscur.

Dar, referindu-ne la icterul hemolitic secundar, consecutiv paludismului, n'am putea pătrunde mai bine fenomenele, surprinzând o parte cel puţin din secretul procesului, la care facem aluzie?

Am văzut şi chiar noi înşine, în urma lui Sacquépée şi Chauffard, că, după un acces febril de paludism, poate să apară imediat simptomele unui icter hemolitic, cu *fragilitate globulară* şi *hematii granuloase*, icter, de durată scurtă, fugace, de intensitate slabă, căci bolnavul revine peste puţin la starea normală, cu dispariţiunea sindromului, atât clinic cât şi hematologic.

Prin urmare nu poate fi vorba aci de o afecţiune hepatică sau de existenţa unei leziuni sau perturbaţiuni a aparatului hepato-biliar, când *„primum movens“* al procesului patologic este parazitul *malaric*, agent virulent prin excelenţă hematic, care atăcând mai întâi textura globulului roşu, îl face mai vulnerabil, mai fragil şi deci mai apt pentru a fi distrus şi hemolizat în splină, de unde anemia consecutivă şi tocmai în urmă, apariţiunea icterului, ca un fenomen secundar, trecător, sau persistent, după intensitatea procesului hemolitic.

Cu alte cuvinte este un interval de la atacarea globulului roşu, de către parazitul malaric şi până la apariţiunea icterului obiectiv.

E bine, tocmai acest interval, scurt de sigur în cazul de paludism, dar mult mai lung în alte cazuri, *constitue faza hematică, în cursul icterului hemolitic*, atunci când globulul roşu este desagregat şi supus hemolizei splenice, atunci când icterul, ca simptom obiectiv lipseşte, sau n'a avut timp să apară, fiind-că condiţiunile fiziologice necesare producţiunei lui nu sunt încă prielnice, sau poate că organismul nu prezintă un teren predispus, apărându-se cu succes în contra *inundaţiunei pigmentare generale.*

Pentru a dovedi, sau mai bine pentru a întări şi mai mult convingerea, că *faza hematică*, iniţială, a icterului hemolitic, nu este o simplă vedere a spiritului, ci o realitate clinică, iată că în ultimele momente s'au produs observaţiuni de *icter hemolitic, formă frustă*, fără existenţa obiectivă a icterului-simptom, dar în schimb cu întregul cortegiu al sindromului hematologic: fragilitatea globulară, hematiile granuloase, microcitemia.

Aşa, Armand, Delille şi Feuillié (1), sub denumirea de *anemie splenomegalică cu fragilitate globulară*, raportează un caz, unde pe lângă anemie intensă, splenomegalie, coloraţiunea materiilor fecale, fără cholurie şi fără icter obiectiv pe tegumente sau mucoase, examenul sângelui revelă triada tipică hematologică a icterelor hemolitice.

Inşişi autorii în reflexiunile ce urmează observaţiunei, consideră cazul ca o formă frustă de icter hemolitic,— acesta deşi lipseşte în mod obiectiv, totuşi este existent în şerumul sanguin, cholemie,— căci caracterele lui hematologice nu lasă nici o îndoială.

Prin urmare dar, acest caz de *anemie splenomegalică cu fragilitate globulară* cu *hematii granuloase şi microcitemie*, dar fără coloraţiunea icterică a tegumentelor şi a urinei, nu poate fi alt-ceva de cât faza iniţială, pur hematică, a unui icter hemolitic propriu zis, tip Widal, unde hemoliza este încă prea puţin intensă sau unde organismul se apără în contra inundaţiunei pigmentare.

Dar acolo unde reese şi mai perfect izolată faza iniţială a icterului hemolitic, e tocmai în următoarele observaţiuni raportate anul acesta de Chauffard şi Troisier, asupra cărora vom insista puţin (1).

---

(1) Armand-Delille et Feullié: Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire Mem. et Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 12 fev. 1909, p. 266.

Este vorba de 2 observaţiuni, care pun în evidenţă aceiaşi *boală familială* evoluând la mamă şi la fiu, cu aparenţe obiective neasemănătoare, dar în realitate pe acelaş teren organic şi cu o perfectă identitate a sindromului hematologic.

Mama este *icterică* şi prezintă atât cliniceşte cât şi hematologiceşte tipul perfect al icterului hemolitic congenital, tip Chauffard. Fiul, este numai *anemic*, icterul obiectiv lipseşte, dar în schimb splenomegalie şi acelaş sindrom tipic hematologic.

Precum vedem, deşi între amândoi există o legătură clinică cu triada biologică, — fragilitate globulară, hematii granuloase, microcetemie, hipertrofia splinei, — în schimb una este o *icterică* şi şi altul un *anemic*.

Sunt oare 2 afecţiuni deosebite?

Ceva mai mult, Chauffard şi Troisier specifică, că la amândoi există aceiaşi stare de *colemie a serumului*, şi poate chiar mai pronunţată la fiu de cât la mamă, la *anemicul* de cât la *icterica* propriu zisă.

Nu este nici o îndoială că afecţiunea atât a mamei cât şi a fiului nu este de cât una şi aceiaşi. Aceea-ce diferă este numai faza de evoluţiune, Chauffard „se întreabă dacă, la un moment dat, la subiectul care nu este încă decât un *anemic*, dar care de sigur este un predispus şi am zice chiar un *predestinat* să devină icteric, nu apare o nouă modificare a ţesuturilor sau a plasmei, pe care metoadele noastre actuale nu ne permit de a o descoperi, un fel de *fermentaţiune icterigenă*, a cărei natură şi processus ne rămâne încă necunoscute. Faptul nu este inadmisibil (1)“.

Până la o nouă ordine, continuă Chauffard şi Troisier, „ne pare că se poate considera existenţa sau absenţa *icterului* ca subordonat faptului îndoit, *al vechimei* mai mult sau mai puţin mare a procesului şi *al compensaţiunei* perfecte sau incomplecte a consecinţelor destrucţiunei globulare“.

Fiul, pentru noi, este în prima fază, pur hematică a icterului hemolitic: până acum nu este de cât un anemic, dar starea lui globulară şi colemia serumului atestă deja o destrucţiune globulară continuă şi excesivă.

---

(1) Chauffard et Troisier: Des rapports des certaines anémies splénomégaliques avec l'ictère hémolytique congénital. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris 19 fev. 1909, p. 293.

(1) Chauffard et Troisier. Loc. cit.

Excesul însă de resturi pigmentare de origină hemolitică este încă compensat prin eliminarea pleiocromică biliară şi poate chiar prin activitatea istolitică a ţesuturilor; eliminarea şi destrucţiunea pigmenţilor rămân proporţionate cu cantitatea de producţiune (1).

La mamă, din contra, tabloul simptomatic este complect deja de multă vreme.

Aşa se explică diferenţa aparentă, a aceleiaşi afecţiuni: la fiu, este în prima fază, iniţială, *pur hematică* la mamă în plină perioadă *hepatică*.

De alt-fel, observă Chauffard, — legitimând părerea noastră, — fiul pare a fi aproape de limitele de compensaţiune: deja, încep să apară crizele dureroase veziculare; să vie o cauză ocazională şi *icterul este gata să apară, dând ast-fel boalei, pecetia definitivă tipică.*

Aşa dar, din consideraţiunile, ce preced, nu rămâne nici o îndoială că faza iniţială în icterul hemolitic este pur *hemolitică;* se înţelege de la sine însă, că limita de delimitaţiune între ambele faze, hematică şi hepatică, nu este bruscă, iar epoca de transiţie este de multe ori greu de prins.

Cazul Chauffard şi Troisier are valoarea unei experienţe, arătându-ne perfect izolate ambele faze clinice.

2. A doua fază, însă este fără îndoială în legătură directă cu turburarea funcţiunei hepatice.

Se înţelege uşor că ficatul fiind continuu şi în mod violent, asediat de *pigmenţii*, veniţi din splină, — unde a avut loc hemoliza, — prin cele 2 căi, venoasă şi limfatică, se înţelege uşor că ficatul va suferi, şi vor apărea turburări în funcţiunea biligenică.

Atunci sub influenţa unei cantităţi abundente de pigmenţi, bila va deveni mai groasă, mai nămoloasă, mai pigmentară — pleiocromică (Stadelmann). — Canaliculele biliare vor fi debordate, stagnaţiunea bilei mai accentuată, fără însă vre-un obstacol la scurgerea ei, şi deci va surveni o refluare cu resorpţiune şi pleiocromie consecutivă.

De alt-fel anatomia patologică ne lasă urme evidente de mersul procesului fizio-patologic, în a doua fază a icterului hemolitic (1).

Modul acesta de a vedea conciliază ambele teorii extreme până la nouă investigaţiuni.

---

(1) Chauffard et Troisier: Loc. cit.

(1) Vezi capitolul anatomiei-patologice.

Un singur fapt rămâne însă sigur şi necontestat, că sindromul zis *icter hemolitic* în prima lui fază, sau mai bine zis în geneza lui, este o afecţiune pur *hematică*, indiferent dacă în urmă, ficatul ia sau nu ia parte activă la producţiunea icterului propriu zis.

Şi atunci ca concluziune finală, n'am fi îndreptăţiţi de a ne întreba, urmând pe Chauffard, care este adevăratul loc nozologic al icterelor hemolitice? El nu poate fi nici în patologia hepatică nici în cea biliară, căci icterul nu este de cât o manifestaţiune secundară a unei *stări primitive hematice* subt a cărei dependinţă se află; *el ţine mai mult de afecţiunile sanguine.*

V

TRATAMENTUL

In mod teoretic şi conform patogeniei, ce am invocat, terapeutica ideală ar consista, mai întâiu în a consolida *globulul roşu* devenit mai fragil, sau în a înlătura agentul „primum movens" care l'a atacat.

Or ignorând absolut natura procesului intim, care prezidă la alterarea stromei globulare, toate tentativele terapeutice au căzut, deşi s'a încercat în mod indirect şi opoterapia medulară.

După Widal însă tratamentul feruginos (1), contra anemiei ar fi dat rezultate bune; în cazul acesta ferul pare a juca rolul de excitant energic al reacţiunei hematopoiezei. Până la noi dovezi, întreaga terapeutică a icterului hemolitic se reduce la cea simptomatică, şi deci ar fi inutil de a insista mai mult.

Bibliografia icterului hemolitic

Abrami: Nouveau cas d'ictère hémolytique congénital et familial. Bullet. Mém. Soc. Méd. Hop. Paris, 16 oct. 1908, p. 329.

Armand-Delille et Feuillié: Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. Paris, 12 févr. 1909, p. 267.

Benjamin şi Sluka: Ueber eine chronische mit Ikterus einhergehende Erkrankung des Blutes (Berlin. Klin. Wochens, 26 August 1907.

Bettmann: Ueber eine besondere Form des chronischen Ikterus. (Münch. Med. Wochens, 5 Iunie 1900).

Cade: Une famille d'ictériques. Cholémie familiale et ictères hémolitiques. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 30 oct. 1908, p. 421.

---

(1) Widal, Abrami et Brulé: Les ictères d'origine hémolytique. Archives, des maladies du Cœur, des Vaiss. et du Sang. No. 4. avril 1908.

Cade et Challier: Ictère hémolytique. Ses relations avec la cholémie familiale. (Soc. Médic. des hôpitaux, Lyon 15 nov. 1908).

Castaigne: Les ictères hémolitiques avec sidérose pigmentaire du foie. (Bull. et Mém. Soc. Méd. des hôpitaux, Paris, 15 nov. 1907, p. 1211).

Chauffard: Pathogénie de l'ictère congénital de l'adulte. Semaine Méd. 1907, 16 janv., p. 25—29.

Chauffard: Les ictères hémolytiques. Semaine Méd. 29 janv. 1908, No. 5, p. 49.

Chauffard et Fiessinger: Ictère congénital hémolytique avec lésions globulaires. Bull. et Mém. Soc. Méd. des hôpitaux, Paris, 8 nov. 1907, p. 1169.

— Recherches expérimentales sur les rapports entre l'hémolyse et les hématies granuleuses. Bull. et Mem. Soc. Méd. des hôpitaux, Paris, 29 nov. 1907, p. 1367.

Discussion: Rist, p. 1371.

— Nouvelles recherches sur la genèse des hématies granuleuses. (Compte, R. Soc. Biologie, Paris, 14 dec. 1907, p. 672.

Chauffard et Laederich: Etude sur quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse; formes curables, f. secondaires, f. ictèriques, Revue de Méd. sept. 1905.

Chauffard et Rendu: La résistance globulaire normale chez l'adulte. Presse Méd., 1 juin, 1907.

Chauffard et Troisier: Deux cas d'ictères hémolytiques. (Bull. et Mem. Soc. Méd. des hôpitaux, Paris, 30 oct. 1908, p. 411).

Discussion: Widal, Vincent, p. 412.

— Contribution à l'étude des hémolysines dans leurs rapports avec les anémies graves. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp., Paris, 10 juillet, 1908.

— Des rapports de certaines anémies splénomégaliques avec l'ictère hémolytique congénital. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp., Paris, 19 févr. 1909, p. 293.

Feuillié Emile: Hémolyse, flux leucocytaire et ictère. Soc. de Biologie, 7 dec. 1908.

N. Fiessinger et Abrami: Les hématies granuleuses Revue de Médecine 10 janv. 1908.

Gallois: Ictère hémolytique dans un cas d'embolie pulmonaire. (Soc. de Médecine de Paris, 28 dec. 1907).

Glénard: L'Hépatisme et les nouveaux ictères (ictère acholurique — ictère hémolytique). Revue des maladies de la nutrition. No. 1—4 janv.—avril, 1908.

Gilbert, Lereboullet et Herscher: Les trois cholémies congénitales. Bull. et Mem. Soc. Méd. des hôpitaux, Paris, 15 nov. 1907, p. 1203.

Gilbert, Castaigne et Lereboullet: De l'ictère familial. Contribution à l'étude de la diathèse biliaire. Bull. et Mem. Soc. Méd. des hôpitaux, Paris, 27 juillet, 1900.

Hayem: Sur une variété particulière d'ictère chronique. Ictère infectieux chronique splénomégalique. Presse Méd., 9 mars 1898.

— Nouvelle contribution à l'étude de l'ictère infectieux chronique splénomégalique. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 24 janv. 1908, p. 122.

Jacob et Léwy-Valensy: Un nouveau cas d'ictère hémolytique congénital. Bull. et Mem. Soc, Méd. Hôp. Paris, 5 fevr. 1909, p. 219.

Iscovesco et Salignat: La fragilité globulaire varie—t-elle suivan que l'on opère sur du sang défibriné, fluoré ou oxalaté? Soc. Biologie, 29 dec. 1907.

Von Krannhals: Ueber kongenitalen Ikterus mit chronischen Milztumor. (Deutchen Arch. f. klin. Med., 1904, LXXXI, 56, p. 596).

Lapicque et Vast: Action de la Toluylène-diamine sur les globules rouges. Soc. Biologie, 13 mai 1899, p. 368.

Legendre et Brulé: Deux observation d'ictère hémolytique, l'un congénital, l'autre acquis. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 22 janv. 1909, p. 112.

Lesné et Ravaut: Des rapports réciproques de l'hémoglobinurie, de la cholurie et de l'urobilinurie consécutive à l'hémolyse expérimentale. Soc. Biologie, 14 dec. 1901.

Leuret: Etude sur quelques cas d'ictères des nouveaux-nés. Thèse, Bordeaux, 1904.

Lévy Jules: De l'ictère infectieux chronique splénomégalique. Thèse, Paris, 1898.

Meyer şi O. Speroni: Ueber punktierte Erythrozyten (Münch. Med. Wochens, 24 avril 1906, p. 796).

Minkowski: Ueber eine eingenthümliche hereditaere Form von Splenomegalie mit chronischen Ikterus. (Verhandl. des 18 kongress für innere Medizin Wiesbaden 1900), şi Semaine Médic. 1900, p. 149.

— Ikterus und Leberinsufficienz. (Die Deusche Klinik, vol. V).

Oettinger: Sur un cas d'ictère hémolitique non congénital. Etude des ésions anatomiques Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 23 oct. 1908, p. 391.

Pick Aloïs: Ueber hereditären Ikterus, Wien klin. Wochensch, 23 april 1903, p. 493.

Quénu et Küs: Ictère consécutif à la chloroformisation. (Soc. Chirurgie, 28 oct. et 4 nov. 1908).

Ribierre: L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire. Thèse, Paris, 1903.

Ribadeau-Dumas: Ictère et splénomégalie. Thèse, Paris, 1904.

Rist, L.-Guinon et Simon: Polyglobulie avec cyanose du cours de l'ictère. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 juillet 1904.

Rist et Ribadeau-Dumas: La Splénomégalie liée à l'ictère et l'immunité acquise contre l'intoxication biliaire. (Tribune Méd. 1905).

Sacquépée: Ictères hémolytiques d'origine paludéenne. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 23 oct. 1908. p. 361.

Discussion: Chauffard, p. 368.

— Ictère infectieux streptococcique. Formulle sanguine de ictères hémolytiques acquis, avec réaction granuleuse retardée. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1909 5 fev., p. 164.

Starkiewicz: Sur la pathogénie de l'ictère acholurique congénital. Revue de Médecine, 1909, No, 1. p. 61—75.

Tixer: Recherches de la moelle osseuse dans un cas d'ictère d'origine hémolytique. Soc. Biologie, 18 janv. 1908.

Vast: Action de la Toluylène—diamine sur les globules rouges. Contribution à l'étude de l'hémolyse. Thèse, Paris 1899.

Widal, Abrami et Brulé: Différenciation de plusieurs types d'ictères hémolytiques par le procédé des hématies déplasmatisées. Presse Méd. 9 oct. 1907.

— Types divers d'ictères hémolytiques non congénitaux avec anémie. La recherche de la résistance globulaire par le procédé des hématies déplasmatisées. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 nov. 1907, p. 1127.

— Pluratité d'origine des ictères hémolytiques (recherches cliniques et expérimentales). Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 29 nov. 1907, p. 1354.

— Hémolyse par fragilité globulaire et hémolyse par action plasmatique. Soc. Biologie, 19 oct. 1907, p. 346.

— Anémie grave mortelle chez une brigthique. Formule sanguine d'apparence aplastique avec moelle osseuse en activité. Hématies granuleuses avec résistance globulaire normale. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 13 dec. 1907, p. 1432.

— Les ictères d'origine hémolytique. (Archives des mal. du coeur, des vaisseaux et du sang. No. 4, arrie 1908).

— Auto-agglutination des hématies dans l'ictère hémolytique acquis. Soc. Biologie, 11 avril 1908.

— Diversité de types des hématies granuleuses. Soc. Biologie, 21 mars 1908.

Widal et Joltrain: Ictère hémolytique au cours d'anémie post hémorrhagique. Bull. et Mem. Soc. Méd. Paris, 6 nov. 1908, p. 468.

Widal et Philibert: La fragilité globulaire chez certains ictériques congénitaux. Gazette des hôpitaux, 19 sept. 1907.

Widal et Ravaut: Ictère chronique acholurique congénital. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris, 21 nov. 1902.

Widal et Rostaine: Insuffisance d'antisensibilisatrice dans le sang des hémoglobinuriques. Soc. Biologie, 18 fev. 1905.

CRITICI ŞI CRONICI

Doctor ECATERINA LIVOVSCHI

Inspecţiunile medicale şcolare pe specialităţi

Rolul inspecţiunilor oculistice

De o jumătate de veac igiena copiilor a fost şi este una din preocupările de seamă a lumei medicale. Puericultorii au studiat condiţiunile cele mai bune, pentru a favoriza desvoltarea şi creşterea viguroasă a generaţiilor din ce în ce mai slabe, mai anemiate.

Societăţile de protecţie în urmă, 'şi asumară grija de a supraveghea cât mai de aproape mediul, în care trebue să crească copii, şi imediat s'au luat măsuri a se ridica şcolilor clădiri speciale, adevărate palate, care fac mândria oraşelor din diferite ţinuturi.

Prin faptul aglomeraţiunei şi vieţei în comun, pericolul diferitelor maladii ameninţând pe şcolari, s'a născut necesitatea inspecţiunilor medicale, care s'a şi pus în practică prin legea instrucţiunei obligatorie.

In ultimul timp, însă s'a observat, că sarcina medicilor faţă de numărul lor restrâns, era excesivă, că ei nu aveau posibilitatea de a supraveghea de aproape pe copii, şi chiar atunci când o făceau, controlul lor era prea repede pentru a putea aduce foloasele, ce se cereau. Faptul acesta a determinat o campanie hotărâtă în potriva răului şi s'a decis a se lua măsuri pentru a se preveni pe cât posibil contractarea diferitelor maladii printre şcolari. Pe de o parte activitatea extraşcolară şi grija mai de aproape din acest punct de vedere chiar a profesorilor, pe de altă parte întărirea corpului inspectorilor sanitari ai şcolilor constitue opera de bine a guvernului actual; ea corespunde unei cerinţe cu atât mai accentuată cu cât lupta pentru propagarea învăţământului în massa marelui nostru procent de analfabeţi, devine o ţintă de căpetenie a administraţiei noastre şcolare de azi.

O altă îmbunătăţire menită să asigure un mai desăvârşit succes acestei întreprinderi ar fi odată cu mărirea numărului inspectorilor sanitari şi împărţirea atribuţiunilor lor pe specialităţi.

Aceasta e de mult preconizată în ţările occidentale şi are marele avantaj, că uşurează în bună parte sarcina medicilor şcolari, mărind mult în acelaş timp şi efectele activităţei lor.

Se impune ast-fel ca inspecţiunile medicale să nu se facă numai pentru a selecţiona pe şcolarii bolnavi dintre cei sănătoşi, ci a-i preveni şi pe aceşti din urmă în contra atingerei maladiilor, la care ar fi expuşi; iar printre acestea, să nu se vizeze numai ferirea copiilor de afecţiunile puternice cu caracter contagios, ci şi în potriva bolilor celorlalte organe şi mai ales ale organelor simţurilor. Printre aceste din urmă *vederea* prezintă un interes mai de seamă, căci după cum spune şi Gariel *„din copilărie şi mai ales din şcoală trebue să se asigure ochiului condiţiunile cele mai bune de funcţionare“*.

Chestiunea aceasta merită o deosebită luare aminte cu atât mai mult cu cât e cu totul desconsiderată atât acasă, cât şi la şcoală.

Se cere în primul rând o serioasă şi stăruitoare inspecţiune a tuturor copiilor asupra stărei organului lor vizual şi mai ales, trebue de făcut o intensă propagandă atât printre membrii corpului didactic, cât şi printre membrii familiei şcolarilor, pentru a face să dispară teama de specialişti şi groaza de ochelari, toate prejudecăţi, ce au făcut pe atâţi nenorociţi copii să îşi piardă vederea atunci când o bună şi la timp venită corecţiune optică le-ar fi putut reda acuitatea vizuală normală.

In acest scop în Franţa s'au publicat o serie de articole asupra igienei oculare în diferite jurnale şi reviste la îndemâna publicului, procedeu excelent. In felul acesta părinţi instruiţi asupra consecinţei afecţiunilor, vor pricepe mai bine rolul lor, atunci când inspectorul oculist le va fi semnalat răul, de care copilul lor e ameninţat. Institutorii urmează cursuri speciale de igienă, unde se insistă în deosebi asupra igienei oculare.

Printre afecţiunile oculare, ce se întâlnesc mai ales în şcoală, afecţiuni a căror singură existenţa justifică în deajuns necesitatea inspecţiunilor oculistice, vom cita:

Ametropiile. — Printre copii ce suferă o deranjare în funcţiunea organului vizual, mulţi, cei mai mulţi chiar, nu au leziuni oculare, fie ale corneei — mediului — sau fundului ochiului, care ar împedeca ori-ce ameliorare a vederei, ci mai mult, aşa numitele *ametropii; miopie, hipermetropie, astigmatism*, toate afecţiuni ale căror neajunsuri pot fi înlăturate în urma examenului serios, prin recomandarea ochelarilor corectivi.

Aceste diminuări în acuitatea vizuală sunt mai totdeauna fatale şcolarilor prin nenumăratele greutăţi, ce întâmpină în timpul studiului şi care se repercută şi asupra caracterului lor, constituind adesea un obstacol în desvoltarea lor intelectuală şi morală.

Şcolarul, care nu vede bine, e adesea considerat de profesor ca leneş, incapabil şi de aci neglijat. Nedreptăţit şi aşezat în fundul clasei unde doarme sau 'şi perde vremea sgâriind banca ori făcându-şi alte jucării, trebuind în urmă să-şi copieze lecţiile după ceilalţi colegi. In recreaţie este obiect de batjocură, el se izolează, devine mizantrop, fără a mai socoti, că în ordinea fiziologică este un infirm.

Toţi ametropii necorijaţi devin retardatari în şcoală prin aşa numitul „*deficit sensorial*".

Ce vor deveni deci şi ce vor produce aceste ametropii neglijate?

Ipermetropii vor face sforţări de acomodaţie, cari vor avea ca urmări: cefalee intensă, nevralgii periorbitare, strabism cu ambliopie frecuentă şi în fine astenopie acomodativă. Aceleaşi observaţii se pot face şi pentru *astigmatism*, care are şi el un rol însemnat în producerea *miopiei*.

Aceasta din urmă e mai ales socotită în bună parte printre pericolele, ce pândesc pe copil în cursul desvoltărei sale, căci după cercetările făcute, numeroşi oftalmologişti au ajuns să confirme concluziile lui Cohn (1865):

1. că numărul elevilor miopi creşte de la clasa cea mai mică până la clasa cea mai mare, în toate şcolile şi într'un mod aproape continuu;

2. că media miopiei creşte din clasă în clasă adică, că copii devin din ce în ce mai miopi. Mulţi au voit să deducă de aci, că şcoala însăşi este sursa acestor afecţiuni. Noi nu afirmăm aceasta, dar menţionăm cu toată convingerea concluzia trasă de specialişti, cari în ultimul timp au făcut cercetări şi statistici serioase, că: *„există o miopie a cărei apariţie se manifestă de la 6 ani pentru a se accentua din ce în ce până la 25 ani, limita timpului, în care tocmai se face instrucţia şcolară"*.

Asta ne atrage atenţia, că prezenţa răului coincide cu mediul cel mai favorabil desvoltărei lui şi această constatare o credem destul de puternică pentru a pleda necesitatea unei supravegheri mai de aproape a şcolarilor din acest punct de vedere.

Nu mai puţin importante sunt şi afecţiunile oculare externe, atât de răspândite printre şcolari.

Afecţiunile necontagioase ale pleoapelor, ale conjonctivei, ale corneei, cari chiar în timpuri normale sunt mai frecuente în şcoală, pot prin lipsa de măsuri igienice şi supraveghere medicală, să ia la un moment dat caracter epidemic îngrijitor. Nu mai vorbim de cele contagioase, care constitue un adevărat flagel, periculoase prin extinderea lor şi consecinţele grave, la care sunt expuşi cei contaminaţi. Viaţa în comun în mare parte a zilei, promiscuitatea fatală, atât în clasă unde copii 'şi trec unul altuia diversele lor accesorii de lucru, dormitoare şi lavabouri, unde foarte adesea 'şi împrumută chiar obiectele de tualetă, cât şi în recreaţii, când copii se dedau la aceleaşi jocuri, toate acestea constitue cele mai favorabile mijloace de contaminare. De aceea s'a şi observat, că epidemiile afecţiunilor oculare iau proporţii îngrijitoare în şcoli.

Din acest cuib de contagiune, copilul duce aceste boli acasă fraţilor, uneori chiar părinţilor. E un mijloc de contaminare, ce furnisează cel mai mare contingent de conjonctivite infecţioase şi granuloase, afecţiuni, ce fac ravagii mari.

Acum 5—6 ani Italia era în aşa fel bântuită de conjonctivită granuloasă, în cât în Congresul din Palermo 1906 (primul congres contra acestui flagel) anunţă că, pentru combaterea ei sunt nevoiţi să înfiinţeze 3 şcoli separate pentru copii granuloşi, la Milan, la Cagliari şi la Roma. Două altele au fost create succesiv la Parma şi Genua până în 1908, pe când cele dintâi continuau încă să funcţioneze.

De alt-fel dacă cele ce am arătat până acum au menirea să justifice necesitatea inspecţiunilor oculistice în şcoli, nu putem trece cu vederea rezultatele obţinute acolo unde aceste inspecţiuni se găsesc deja organizate.

Ast-fel în *Franţa* inspecţiunile medicale s'au înfiinţat pe la 1879 în Paris, apoi la Havre şi Lyon. Zece ani mai târziu *„Casele Şcoalelor“* din diferite arondismente puneau bazele unei organizaţiuni medicale special oculistice, întemeind pe socoteala lor consultaţiuni gratuite pentru ochi şi care se făceau odată pe lună la fie-care şcoală din fie-care arondisment.

Mai târziu câte-va din aceste instituţiuni înţelegând însemnătatea serviciilor, ce aduceau această de aproape supraveghere, au instalat în dispensariile şcolare consultaţiuni de ochi date de cei mai de seamă specialişti.

Puţin în urmă Binet şi Simon au construit tablouri de optotipii pe care *„Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant“* (societate ce există prin cotizaţia institutorilor) le-a împărţit şcoalelor comunale din Paris. In acelaş timp *„Buletinul oficial al instrucţiei primare“* publică regulat precepte de modul elementar cum institutorii pot face examenul acuităţei vizuale şcolarilor, aşezându-i ast-fel în bănci, după puterea vederei lor.

Astăzi mai toate oraşele din Franţa au inspectori sanitari şcolari oculişti.

In *Germania* organizarea inspecţiunilor medicale în şcoli, este — putem zice — cea mai desăvârşită şi dacă inspecţiile oculistice nu sânt separate de acestea, totuşi supravegherea se face şi din acest punct de vedere cu multă aplicaţiune.

Anglia este aceea care s'a ocupat mai de timpuriu cu vederea şcolarului. D. Dr. J. Vergne din Paris relevă existenţa unor tratate din 1800 şi 1813 în care se studiau de specialişti mari, cauzele de slăbire a vederei la copii de școală. De la 1848, când apare prima lege sanitară votată în Parlament, Anglia a fost în totdeauna în fruntea mișcărei pentru asigurarea sănătăței publice; iar prin legea din 1907 „*Education, Administration, Provisions Act*“ pus în vigoare la Ianuarie 1908, inspecțiunile oculistice în școli au devenit obligatorii.

In *Belgia* s'au organizat încă din 1878 inspecțiuni oculistice și apoi s'au întemeiat școli-infermerii speciale pentru izolarea celor cu afecțiuni oculare. Prin regulamentul acestor școli-infermerii se impune chirurgilor oculiști a vizita de 2—3 ori pe săptămână școlile din orașe și a indica mijloacele de combatere a afecțiunilor mai ușoare în prezența personalului didactic, iar odată pe săptămână vor face examenul ochilor școlarilor, trimețând pe toți trachomatoșii (granuloși) la școlile-infermerii. Tot lor li se incumbă dirigearea unui raport semestrial asupra mersului epidemiei granuloase. Examenul funcțional al vederei — deși nu e prevăzut în regulament — se face odată pe lună de către medicii birourilor de binefacere.

Italia. De asemenea are prevăzut în regulamentul sanitar inspecțiunile medicale pentru epidemiile afecțiunilor oculare.

In *Suedia*. Se face la începutul fie-cărui an examenul vederei școlarilor. Profilaxia boalelor contagioase o fac medicii inspectori de maladii generale.

Elveția. Are inspectori oculiști încă din 1898 și sunt deja atât de răspândiți în cât au putut redacta tablouri statistice de starea ochilor și a vederei copiilor de școală din 16 cantoane. Acolo se distribue anual profesorilor, cărticele mici — opere ale specialiștilor — dându-le instrucțiuni suficiente pentru a secunda munca medicului inspector. S'au instituit formulare ad-hoc în care se prevăd examenul cazurilor de slăbiciune:

1. a minței;
2. a auzului;
3. a pronunției;
4. a vederei.

Ele se complectează prin examenul amănunțit al școlarilor de către institutori, iar în urmă de către medicii inspectori.

Austria. Deși a avut la Viena prima catedră de oftalmologie la 1813 și a pus acest curs obligatoriu în programele studiilor medicale, nu are nici măcar în capitală instituite inspecțiunile oculistice. E drept însă, că acolo dispensariile gratuite sunt atât de bine organizate şi mentalitatea publicului atât de diferită, în cât nu s'a resimţit tocmai aşa de mult această nevoie.

In *America* inspecţiunile oculistice în şcoli — şi-au fiinţa încă din 1897 şi zilnic diferite oraşe adoptă progresele făcute în acest sens.

In lucrarea d-lui dr. J. Vergne (1909) *„De l'inspection oculistique des écoles“* găsim la capitolul: *Roumanie.* Inspection médicale. Pas d'inspection oculistique. In adevăr, că la noi nu există asemenea organizaţie.

In 1883 savantul oculist d-l profesor dr. Manolescu, făcând un studiu asupra miopiei a examinat 2,991 de elevi ai şcoalelor din Bucureşti, instituind nişte tablouri foarte interesante şi din care reese următoarele concluzii:

1. Miopia există în toate şcolile inspectate (afară de şcoala de fete din strada Clemenţei).

2. In clasele superioare miopia prezintă un procent mai mare şi e mai dezvoltată.

3. Diferenţa din punctul de vedere al numărului şi gradului de miopie este vădită în cursurile primare şi liceale, în aceste din urmă fiind cu mult mai accentuată.

Mai departe d-sa spune:

„Un studiu asupra progresului miopiei la elevii constataţi miopi, precum şi a cazurilor, ce s'ar fi dezvoltat din nou, n'am făcut. O ast-fel de lucrare nu se poate face fără organizaţie specială. Ea ar fi de cea mai mare importanţă mai cu seamă din punct de vedere al dovedirei mijloacelor celor mai sigure de a opri miopia în loc.“

Din aceste rânduri, precum şi din cele expuse mai sus reese, că la noi se simte absolută nevoie a unei ast-fel de organizaţiuni, cu atât mai mult cu cât e vădit, că noile generaţii sunt din ce în ce mai debile, mai susceptibile deci de a contracta tot felul de maladii.

In primii ani copilul e în grija părinţilor, care'l pune oare-cum la adăpost de pericolele, ce-l ameninţă în viaţa de şcoală. In urmă trece în seama profesorului, care e chemat să-i fortifice spiritul pentru lupta şi străduinţa ce are a pune în viaţa socială; prin aceasta, ori cât ar fi părintele de stăruitor, e clar, că mai scade din ocrotirea sa. Pe de altă parte instrucţia şi educaţia sunt îndatoriri prea ocupative, pentru ca profesorul să mai poată avea şi supravegherea sănătăţei şcolarului. Medicii şcolari existenţi fiind în număr restrâns se găsesc încărcaţi cu îndatoriri prea multiple prin suma cunoştinţelor, ce trebuesc să posedă şi prin numărul prea mare de elevi, ce au de examinat pentru ca să poată răspunde conştiincios misiunei lor.

Relativ la această adăugăm aci, că la congresul internaţional de igienă din 1887 von Reuss (Viena) a emis părerea, că se impune a fi două feluri de inspectori sanitari şcolari: Igienişti, care să se ocupe cu igiena localurilor şi cu igiena generală a şcolarilor şi specialişti, cari să se ocupe de igiena ochilor, nas, urechi, dinţi etc.

A trebuit însă mult timp ca ideea aceasta să fie admisă.

Raţiunea de a fi a inspectorilor oculişti nu lipseşte întru'cât am văzut cât de frecuente şi cu grave complicaţiuni sunt atâtea şi atâtea afecţiuni oculare, de care sunt bântuiţi şcolarii.

E necesar a înlătura răul, redând societăţei capabili de luptă pentru existenţă pe toţi acei cari din lipsa de îngrijire serioasă şi la timp — ar rămânea infirmi căzând în sarcina familiei sau instituţiunilor de ocrotire a acestor nenorociţi.

In multe părţi iniţiative particulare s'au ridicat pentru susţinerea unor ast-fel de organizaţiuni, dar numai acolo au dat roadele dorite, unde au reuşit a se adăposti sub scutul legei.

Dr. M. CÂMPEANU
Medic comunal Focşani

Profilaxia antirabică la oraşe

Intr'un an de zile de serviciu la oraş, am fost surprins de marele număr de oameni, ce se trimet la institutul antirabic pentru inoculări şi am găsit chestiunea demnă de a o studia de aproape.

In adevăr, în cursul anului 1908 au fost trimeşi din Focşani la Bucureşti 47 persoane muşcate de câini şi 2 muşcate de pisici.

Din aceştia au mers pe cheltuiala lor 12, şi restul de 37 au avut drumul şi întreţinerea pe cheltuiala statului.

Din totalul muşcaţilor, şase au fost victime ale câinilor lor proprii, iar ceilalţi au fost muşcaţi de câini străini, parte cunoscuţi, dar cea mai mare parte vagabonzi.

Cinci dintre aceste animale au fost alungate şi omorâte după agresiunea lor, celelalte au fost parte izolate şi parte nu s'a putut urmări.

Citind, că Institutul Pasteur din Paris pentru întregul departament al Senei (în care numai Parisul are aproape trei milioane suflete) a avut de inoculat pe anul 1908 numai 188 de persoane muşcate, am rămas surprins în faţa acestei ţifre comparate cu numărul inoculaţiilor din ţara noastră.

In adevăr, la institutul nostru antirabic din Bucureşti (şi avem şi unul la Iaşi) au urmat tratamentul în anul 1908, 1800 persoane. Din acestea cam 80 $^0/_0$ au călătorit gratuit şi au fost întreţinuţi de stat. Transportul se plăteşte 50 $^0/_0$; dacă socotim deci numai 4 lei costul unui drum de persoană, pentru cei 1400, ce au venit pe cheltueala statului, găsim costul transportului:

2 drumuri × 4 lei × 1440 persoane . . . . = 11.420 lei.

Hrana costă 0,50 b. pe zi de om. Durata medie a unei serii de tratament preventiv este de 15 zile, ceea-ce face în total, aproximativ . . . . = 11000 lei.

Locuinţa o au într'un local de curând închiriat, pentru care se cheltueşte anual, cu chirie, încălzit, luminat, etc. în total (1) . . . . = 7000 lei.

Total . . . 29.420 lei.

Aşa dar statul cheltueşte numai la Bucureşti (nu cunoaştem ce cheltueşte la Iaşi) vre-o 30.000 lei cu tratarea celor muşcaţi de animale, în afară de cheltuelile de laborator.

Dacă vom face acum socoteala pagubelor celor ce sunt nevoiţi să îndure această cură, vom găsi sigur o ţifră mult mai mare. Şi nu e de neglijat în această socoteală, şi tabloul trist, ce ni-l prezinta o familie săracă, al cărui cap fiind muşcat de un câine necunoscut pe când se ducea la muncă, e obligat să lipsească familia de ajutorul său şi să stea la Bucureşti 15—20 zile.

Am rămas adânc impresionat de scena petrecută într'o familie sărmană cu ocazia muşcăturei unei fete de şcoală de un câine vagabond. Neputându-ni se da nici o relaţiune asupra câinelui am insistat ca fetiţa să fie trimeasă la Bucureşti, dar la vârsta ei de 8 ani nu putea fi lăsată singură; mama mai avea o droaie de copii în casă şi tatăl trebuia să muncească ca să'i hrănească. In cele din urmă tatăl a însoţit pe copila la Bucureşti, dar situaţia acelei familii nu era de loc de invidiat.

---

(1) Aceste date le ţin de la d-l dr. Popp, şeful de serviciu al secţiei antirabice de la Institutul de Patologie experimentală dirijat de d-l Profesor Babeş.

Am putea încă adăuga că cei care cunosc tratamentul, nu se supun lui fără nici o grijă. El nu e scutit de accidente, din cari unele chiar *foarte grave* ori cât de rare ar fi (1).

După ce am arătat urmările rele pentru stat şi particulari din cauza marelui număr de câini din ţara noastră, să ne întoarcem spre alte ţări şi vom constata, că în unele din ele, ca Germania, nici nu există institut antirabic, şi nici oameni muşcaţi de câini turbaţi (2), de şi câinii de acolo nu sunt mai imuni ca ai noştri la această boală.

La noi, câinii sunt aşa de numeroşi şi nesupăraţi, că turbarea este enzootică.

In Focşani, făcând un calcul aproximativ împreună cu d-l medic veterinar al oraşului, Moiseanu, am găsit la 4216 case, cam 10.000 câini. In Germania, mi-a afirmat d-l dr. Popp n'ar fi nici un câine ne înregistrat şi nici unul fără botniţă.

La noi, e adevărat că pornim contra lor din când în când o campanie cu hapuri de strichnină, dar în cea mai crâncenă luptă cu aceste hapuri, nu cad mai mult de 60—70 de câini, şi de 2—3 ori pe an o asemenea campanie e neeficace şi primejdioasă.

E neeficace, fiind-că agenţii nu pot arunca aceste hapuri de cât în piaţa câinilor vagabonzi, şi nu îndrăsnesc a intra în mahalale; deci e prea restrânsă zona de urmărire a câinilor.

E primejdioasă şi ne-a atras cu drept cuvânt protestările societăţii de protecţie a animalelor din Bucureşti, căci s'au otrăvit din greşeală câini de rasă şi alte animale, ce au înghiţit hapul lepădat de câinele căruia se aruncase.

Trebuesc dar alte mijloace pentru împuţinarea câinilor, şi am arătat mai sus, că numărul cel mare ne aduce destule necazuri, pentru a ne gândi serios la reducerea lui.

Altmintrelea, cea mai mare parte din cei muşcaţi şi trimeşi la institut sunt victime ale câinilor sănătoşi şi răi, şi ca dovadă e faptul, că la noi toţi câinii, cari au muşcat şi au supravieţuit şi au fost supuşi la observaţie de serviciul veterinar, după 12 — 15 zile au fost puşi în libertate, ca sănătoşi. Dar ordinul Direcţiei Sanitare, impune ca ori-ce persoană muşcată de un câine să fie supusă unui tratament antirabic, şi faţă de gravitatea boalei în cauză, cine ar avea curajul să afirme unui muşcat, că se poate dispensa de o cură antirabică, mai ales că la noi deseori câinele nu poate fi diagnosticat.

---

(1) N. Rom. Medicală No. 19—20 1908: Paraliziile şi Mielita ascendentă acută în urma tratam. antirabic.

(2) Declaraţia d-lui dr. Popp.

Această contribue la proporţia cea mică de nesuccese (1) ce ne-o dă d-l prof. Babeş, faţă de institutele similare din străinătate, şi anume de 4 : 20, căci mare număr din inoculaţii noştrii sunt muşcaţi de câini sănătoşi.

Ceea ce trebue stârpit este *frecuenţa accidentului muşcăturei*, care muşcătură la noi e mai tot-deauna considerată identică cu muşcătura de câine turbat.

Or, aceasta nu se poate combate de cât cu împuţinarea numărului câinilor.

Considerând însă, că la ţară ca şi în mahalalele oraşelor, câinele este un păzitor, de care nu putem lipsi pe locuitor, aşi propune să se lase fiecărei curţi un câine, care va fi regulat înregistrat şi cu zgardă de la comună. Ori-ce al doilea câine într'o curte să fie considerat ca un lux pentru care să se plătească 10 lei pe an, sau mai mult. Atunci fie-care locuitor în curtea lui va stârpi singur câinii pentru a nu plăti pentru ei.

FAPTE CLINICE

Dr. G. STĂNCULEANU

Un caz de embolie dublă
a arterei centrale a retinei

Am avut ocazia să observăm un caz foarte interesant de embolie dublă simultanee a arterei centrale a retinei.

De oare-ce aceste cazuri sunt extrem de rare, am găsit de cuviinţă să-l dăm publicărei.

E vorba de o femee de 35 ani, care intră în serviciu în ziua de 20 Februarie 1909, pentru că nu vede de loc cu ochiul drept şi aproape de loc cu cel stâng.

---

(1) V. România Medicală p. 449/908.

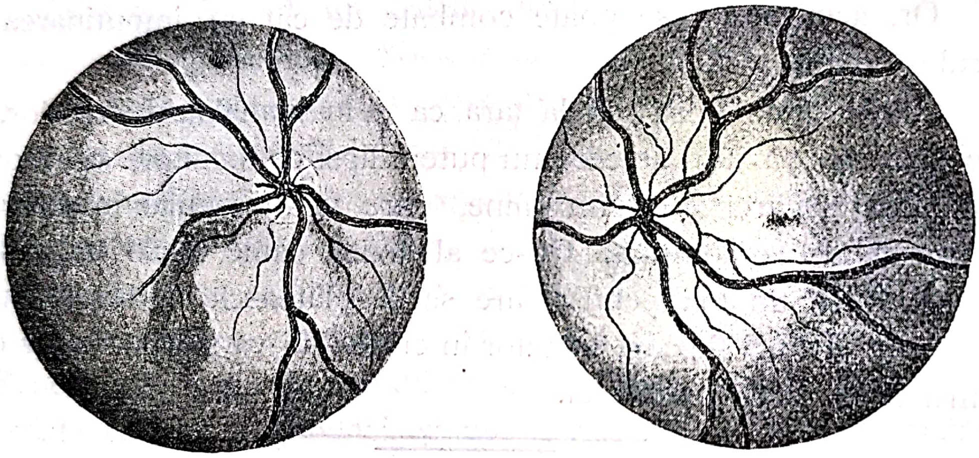
Antecedente ereditare. Tatăl mort de curând. Mama sănătoasă. Are două surori şi doi fraţi toţi sănătoşi. N'a avut pe nimeni în familie, care să mai fi suferit de ochi.

Antecedente personale. La vârsta de 5 ani a suferit de vărsat. Peste un an a avut un al doilea acces de vărsat, după care rămâne cu paralizia dreptului extern stâng.

La 15 ani a fost menstruată şi de atunci a avut menstruaţia în mod regulat cu puţină durere.

E măritată la 14 ani, după 6 luni a început să sufere de dureri de cap (mai accentuate noaptea) şi cari au ţinut până acum.

Are 7 copii; trăesc cu toţii; sunt sănătoşi. A avut un avort la prima sarcină (în $1^1/_2$ lună). N'a tuşit şi n'a scuipat nici-odată.



Starea prezentă. De constituţie potrivită. Are pe faţă cicatrici vechi de vărsat. Ochiul drept puţin strabic înăuntru. La ochiul stâng paralizia dreptului extern.

La cord nimic anormal. La radială 70 pulsaţii pe minut.

La pulmoni nimic. Nu are albumină nici zahăr în urină.

La oftalmoscop se vede la ochiul drept papila cu marginile şterse. Vasele întrerupte la nivelul papilei afară de 2-3 ce merg în spre maculă şi în sus. Fundul ochiului e anemic afară de o zonă în afară şi o alta în sus. La ochiul stâng de asemenea simptome de anemie cu mult mai uşoare de cât la dreptul.

Cu ochiul drept nu vede de loc.

Cu ochiul stâng numără degetele la 25 c. m.

Istoric. Bolnava spune că cu 4 zile înainte vedea bine. Acum 3 zile la orele 11 din zi observă că de-odată i se pune o perdea pe ochi şi nu mai vede nimic cu ambii ochi. Are dureri de cap.

Trei zile nu a făcut nici un tratament; a 4-a zi intră în serviciu nostru.

La 2 zile după intrarea în serviciu bolnava spune că simte o ameliorare la ochiul stâng; ast-fel numără degetele la 60 c. m.

In acest timp i se institue un tratament mercurial sub forma de injecţii.

6 Martie. Bolnava nu se mai plânge de dureri de cap.

La oftalmoscop fundul nu mai e aşa anemiat. La OD în regiunea maculei o pată roşie cireşie.

$$V = {}^2/_3 \text{ la OD}$$
$$V = {}^1/_4 \text{ la OS}$$

8 Martie $V = 1$ la OD

$V = {}^1/_2$ la OS. Ceea-ce e curios e că tocmai ochiul drept, care era cel mai lezat, tocmai el şi-a recâştigat pe de-a întregul vederea pe când ochiul stâng rămâne cu $V = {}^1/_4$.

In aceeaşi zi bolnava părăseşte serviciul.

După cum vedem din cele spuse cazul de faţă e foarte interesant prin bilateralitatea leziunei şi mersul atât de favorabil şi repede al afecţiunei, bolnava eşind aproape complect vindecată după 16 zile.

Mai este interesant cazul nostru prin simultaneitatea leziunei ale ambelor artere centrale.

De ce natură a fost această embolie, nu o putem spune cu siguranţă. Din antecedente şi starea presentă s'a constatat că nu era pulmonară, cardiacă, renală sau diabetică. Singurul lucru care ar reeşi din antecedentele sale ar fi sifilisul — durerile mari de cap şi avortul.

Insă nici această cauză etiologică nu am putea-o admite cu siguranţă 1) pentru că bolnava se ameliorează după 5 zile de la începutul maladiei fără să fi urmat vre-un tratament şi 2) o singură injecţie ce i se face a 3-a zi de la intrarea sa în spital produce o ameliorare colosală. Cam greu de admis că la o leziune sifilitică atât de intensă o singură injecţie cu mercur să aibă atât efect.

In literatura oftalmologică găsim rare cazurile de embolie dublă a arterei centrale (1).

Aşa Jessop sub titlul „Case of occlusion of the central retinal artery in eye“, vorbeşte de o femee de 36 ani fără nici un antecedent morbid. Intră în spital la 24 Oct. pentru că i-a perit brusc vederea la OD. La oftalmoscop se vede retina palidă. In regiunea maculei o pată roşie, cireşie. Ca vedere are numai percepţia luminoasă. La OS V = 1. I se institue un tratament mercurial.

---

(1) W. H. Jessop. XX Vol. of the Ophthalmological Society's Transactions.

De la această dată şi până la 28 Decembrie bolnava se simte din ce în ce mai bine, vederea venindu-i foarte încet la ochiul drept, cu care începe să numere degetele în oare-care porţiune a câmpului vizual.

In ziua de 28 Decembrie întocmai ca la ochiul drept perde brusc vederea şi la ochiul stâng.

Examenul arată că cu OD numără degetele la o mică distanţă iar cu OS are numai percepţia luminoasă.

La oftalmoscop se vede în ochiul stâng retina anemiată şi cu o pată roşie în regiunea maculei. Uşoare hemoragii retiniene.

I se institue din nou tratamentul mercurial.

Vederea la OD se ridică la $V = {}^{1}/_{6}$. La OS are numai percepţia luminoasă.

In acest caz intervalul dintre o embolie şi alta a fost de 2 luni.

Adams publică cazul unui om de 68 de ani cu o embolie dublă a arterei centrale unde intervalul dintre o leziune şi alta a fost de 18 ani.

Nettleship. E vorba de o femee renală de 36 ani. Intervalul dintre o leziune şi alta a fost de 12 zile.

Treacher Collins. Publică cazul unei fete anemice de 18 ani. Interval de 18 luni.

In ultimile două cazuri embolia a fost simultanee la ambii ochi.

Moissonier, „Embolie bilaterale simultanée de l'artère centrale de la rétine. Le Petit Indépendent méd. mai 1905“.

E vorba de o femee de 63 ani care a orbit brusc şi care din punctul de vedere oftalmoscopic a arătat manifestaţiile tipice ale astupărei arterei centrale a retinei. Autorul crede că s'au desprins particule dintr'un focar ateromatos al arterei şi care s'au dus în cele două artere centrale ale retinei.

Galezowski. Embolie dublă. Arterioscleroză retiniană, în legătură cu endarterita vaselor coroidiene. (Recueil d'ophtalmologie, 1906, pag. 273).

Dr. G. STĂNCULEANU

Contribuţie la etiologia trahomului

S'a lucrat şi s'a scris atât de mult asupra acestei chestiuni fără a se ajunge la elucidarea ei, în cât Morax studiind în Egypt (1900) cu toată rigoarea ştiinţifică ajunge la concluzia că prin metodele actuale nu se poate ajunge la un rezultat. De atunci lucrările asupra chestiunei pot fi grupate în:

a) Cercetări ultra-microscopice;
b) Inoculări experimentale;
c) Cercetări asupra corpusculilor lui Prowaczek.

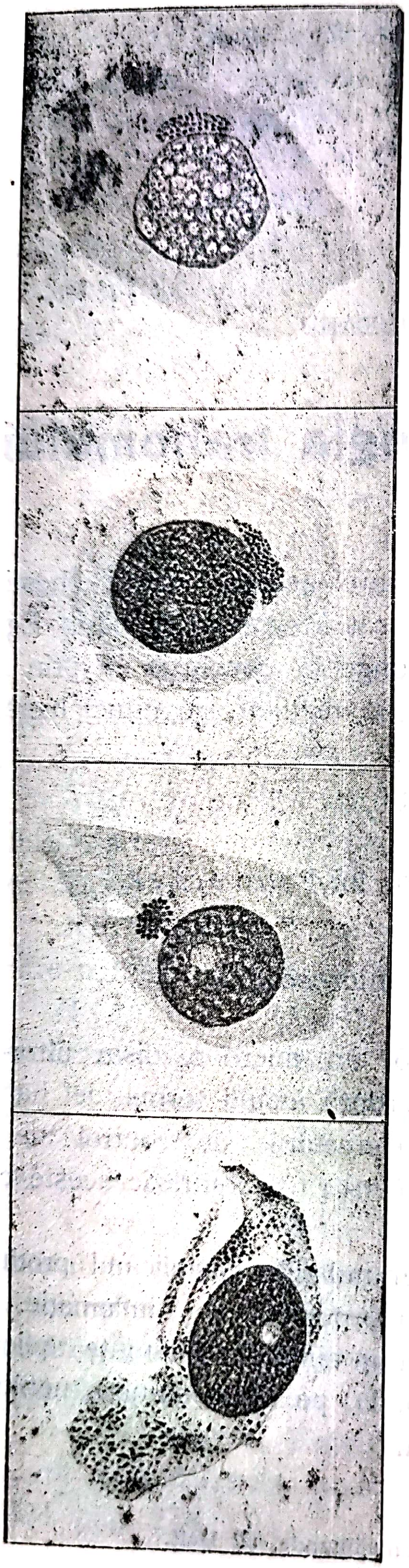
a) Cercetări ultra microscopice

Raehlmann (1) descrie (1905) un microorganism ultra-microscopic caracterizat prin mişcări proprij având forma de halteră sau de bastonaşe formând lanţuri. Cercetările de control ale lui Pfeiffer şi Kuhnt (2) Hess şi Römer (3) contrazic aceste constataţiuni.

Ast-fel primii autori filtrând granulaţiile şi aplicând produsul filtrat pe conjunctiva normală nu au produs nici o inflamaţie. Tot ast-fel Hess şi Römer nu au obţinut nimic la maimuţe aplicând produsul filtrat pe conjunctiva normală, pe când emulsia nefiltrată a produs o inflamaţie trahomatoasă.

---

(1) Über Trachom. Beiträge zur Augenheilkunde. 62 Heft.
(1) Zeitschrift f. Augenh., 1905 Bd. 13, S. 321.
(2) Übertragunsversuche von Trachom auf Affen. Arch. f. Augenh. 1906 LV, S 1.



Celule epiteliale din trahom cu corpusculii Prowaczeck.

conjunctivale fără să-i găsească. Aceşti corpusculi au fost coloraţi şi în cupe prin metoda lui Giemsa.

Cercetări personale

Am căutat împreună cu d-nul Radu (1) să controlăm aceste afirmaţii pe un mare număr de conjunctivite granuloase la Spit. Colţea. Am raclat conjunctiva cu o lamă de sticlă întinzând produsul pe mai multe lame. Am colorat prin metoda lui Leishmann modificată (fixare prin alcool metylic, coloraţie prin un c. m. c. de Leishmann şi 2 c. m. c. de apă destilată glycerinată, aceasta în timp de 40 de min.) şi am constatat în toate cazurile de trahom acut printre celulele epiteliale normale, alte celule a căror protoplasmă conţine formaţiuni ovalare şi sferice, colorânduse în albastru sau violet ca şi nucleolul. Unele grupuri par a fi limitate de o aureolă. In aceste grupuri granulaţiile sunt izolate sau se prezintă în formă de diplococ. In genere se găseşte o singură grupare de celulă alături de nucleu. Când sunt în număr de două sau mai multe ocupă polurile opuse ale nucleului. Caracteristica lor e relaţia intimă cu nucleul. In acest sens am găsit formaţiuni, care nu au fost semnalate de autorii precedenţi. In celulele epiteliale alături de nucleu se vedea o grupare de granulaţii, care trimitea o prelungire

---

(1) Comunicare la Societatea de Biologie din Bucureşti Aprilie 1909.

b) Inoculări experimentale

Diferiţi microbi descrişi ca agenţi patogeni ai trahomului nu au produs nici-odată trahom, când s'a inoculat la oameni sau la animale. In particular Müller (1) a descris un mic bacil, care ar fi agentul patogen al trahomului, însă acest microb seamănă după toate proprietăţile cu bacilul influenţei. Inoculările experimentale cele mai pozitive au fost obţinute de Addario (2) la om şi de Hess şi Römer (3) la maimuţe. Addario a introdus foliculi trahomatoşi pe conjunctiva scarificată la trei orbi. După 4 zile s'a produs iperemie, după 8 infiltraţie; apoi inflamaţia a trecut şi la celalt ochi. Hess şi Römer, frecând cu material trahomatos recent conjunctiva maimuţelor din speţa Pavian, au produs formaţiuni foliculare analoage cu trahomul. Halberstädter şi Prowaczek (4) au publicat în 1907 rezultatul cercetărilor făcute la trahomatoşi în insula Java. Prin coloraţiile cu Giemsa au găsit pe produsul de raclaj al conjunctivei nişte formaţiuni în interiorul celulelor epiteliale lângă nucleu, colorându-se ca şi nucleul. Aceste formaţiuni la început mici, rotunde sau ovale devin din ce în ce mai mari iau forma de mure şi se desagregă începând din centru. Sunt prevăzute la periferie cu o aureolă ceea-ce a făcut pe Prowaczek să le claseze în grupul chlamydozoarelor.

Prowaczek făcând inoculaţiuni la maimuţe (orang-utan şi macac) a văzut după 7 zile apărând inflamaţie şi secreţie, iar în celulele epiteliale a găsit acelaşi neo-formaţiuni ca în trahomul uman, adică corpusculi colorându-se ca şi nucleul cu Giemsa în roşu violet şi grupaţi în diplococi. Cu timpul toată substanţa protoplasmică este înlocuită prin aceşti corpusculi care apoi ies afară din celule. Totuşi Pr. nu crede că trahomul de la maimuţă este identic cu acel de la om. Greef şi Klausen (5) au găsit în Germania aceeaşi neoformaţiune apoi Mijaschita (6) (Japonia) Leber (Austria). Doctorii Herford şi Santi (7) au căutat aceşti corpusculi şi în alte afecţiuni pătrunzând în nucleu, prelungire, ce părea formată de o granulaţie mai lungăreaţă. Sunt şi alte celule, în care toată protoplasma este ocupată de aceste granulaţii. Celula nu mai are limite precise şi jur împrejur se remarcă granulaţii răspândite avînd în general forma în diplococi.

---

(1) Arch. f. Augenh., 1899, Bd. 40 S. 13 u. Z. f. Augenh. 1905 XV Bd. S 88.

(2) Klin. Monatsbl. f. Augenh 1906 Bd. II Nov-Dez.

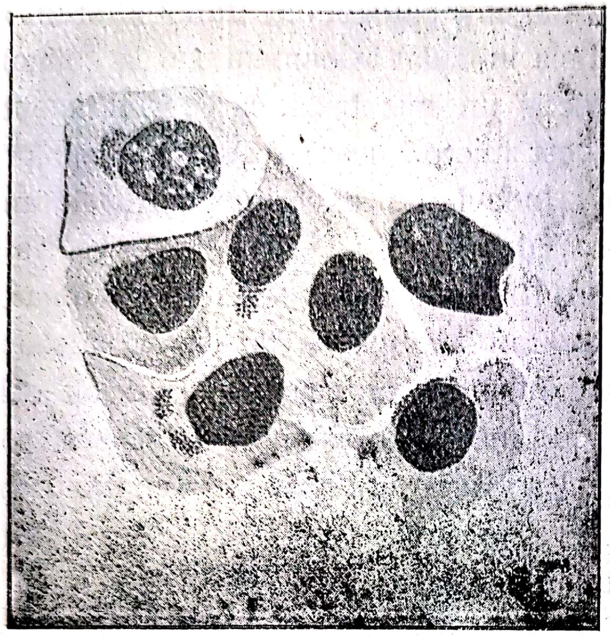
(3) Loco citato.

(4) Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte Bd. 26 H. 1. 1907.

(5) Klinisches Jahrbuch 1908 XIX Bd. H. 1.

(6) Klin. Monatsblätter fur Augenh. 1908. Nov.-Dez. S. 626.

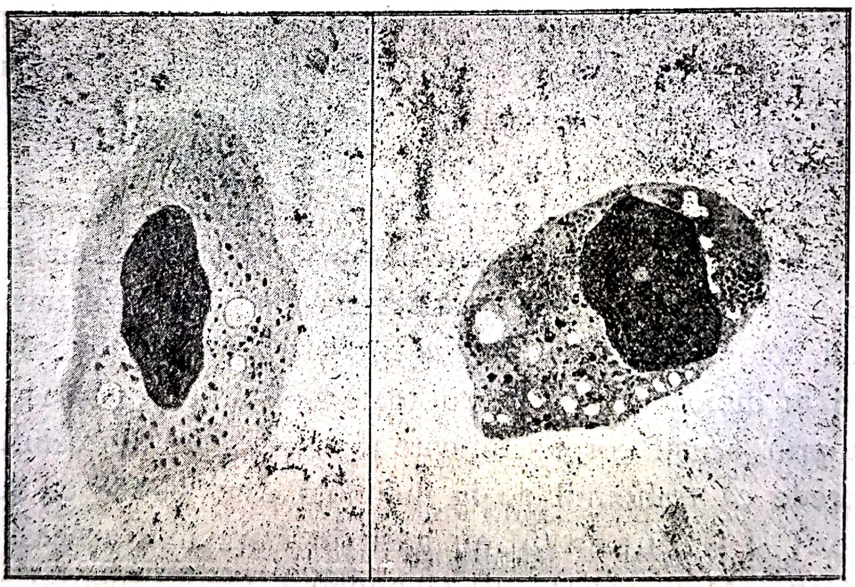
(7) In Greeff. Deutsche Med. Woch. No. 12, 25 März 1909.



Celule epiteliale din trahom cu corpusculii Prowaczeck.

In trahomul cronic formaţiile ovalare descrise mai sus sunt foarte rare. In general celula epitelială cu corpusculi nu mai prezintă limite precise şi corpusculii liberi sunt foarte numeroşi.

In celelalte afecţiuni conjunctivale n'am găsit aceste formaţiuni (am cercetat cu deamănuntul mai cu seamă conjunctivitele foliculare). *In chalazioane* am găsit formaţiuni care semănau cu granulaţiile din trahom însă se distingeau prin forma lor. Aceste granulaţiuni de mărime diferită aveau o formă regulată şi perfect rotundă. Ele sunt împrăştiate în masa protoplasmică formând rare ori mase compacte şi colorându-se în roz prin Giemsa.



Celule de chalazion

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Dr. M. CIUCĂ
Medic Locotenent

Dare de seamă de mişcarea bolnavilor în Spitalul militar „Regina Elisabeta", pe luna Aprilie, 1909.

In cursul lunei Aprilie s'au dat îngrijiri medicale la un număr de 1.085 bolnavi: 468 vindecaţi, 4 amelioraţi, 7 statu-quo, 73 evacuaţi, 55 concediaţi, 18 reformaţi, 5 morţi şi 455 rămaşi. Numărul zilelor de cură a fost 13.164.

In serviciul chirurgical, pe lângă cazurile supurate, s'a intervenit în 19 cazuri, întrebuinţându-se ca metodă de anestezie: rachistovainizare în 12 cazuri, clorur de etil într'un caz, cloroform şi stovaină local, asemenea în câte un caz.

In serviciul mixt, într'un caz de trepanaţia mastoidei pentru mastoidită supurată, s'a făcut anestezia cu stovaină-stricnină, procedeul Prof. Toma Ionescu. In celelalte intervenţiuni chirurgicale în număr de şease, s'a făcut anestezia prin rachi-cocainizare şi rachitropococainizare.

In serviciul boalelor venerice, în cazurile de sifilis s'a practicat în mod curent, căutarea spirochetei pallida, cu 85°/₀ cazuri pozitive, paralel s'a făcut reacţiunea Wassermann şi Bauer Hecht, cari în 75°/₀ din cazuri au confirmat diagnosticul clinic.

In cazurile de adenită inguinală supurată (complicaţie a şancrelor simple) în număr de 20 şi în 9 cazuri de fimoză, s'a intervenit făcându-se anestezie locală cu cocaină şi clorur de etil...

In 85 cazuri de uretrită gonogocică, s'a întrebuinţat cu mult succes oxicianurul de Mercur $^1/_{3000}$; nu s'a observat nici un caz de intoxicaţie cât de uşoară, nici vre-o complicaţie în timpul tratamentului.

In serviciul boalelor contagioase, s'au tratat 4 cazuri de oreillon, 5 tuberculoză pulmonară, 8 erizipel, 1 caz de difterie şi 1 caz de varicelă.

Tuberculoza pulmonară şi meningita cerebro-spinală tuberculoasă au dat numărul deceselor în proporţie de 0,4°/₀ asupra întregului număr de bolnavi, trataţi în acest spital.

In secţiunea de bacteriologie a laboratorului spitalului, s'au executat 50 de lucrări microscopice de diagnostic şi 6 analize de apă *).

---

*) Probele de apă au fost trimise de Şcoala de tragere de la Dadilov şi de Regimentul 34 Constanţa — *toate probele au fost găsite contaminate şi deci improprii din punct de vedere bacteriologic.*

LUNA MEDICALĂ

SOCIETĂŢI SAVANTE

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Şedinţa din 11 Iunie, 9 şi 25 Iulie 1908

Discuţiunile asupra Afaziei

Se ştie că în urma remarcabilelor lucrări prin cari Pierre Marie a sdruncinat vechea concepţie a afaziei a avut loc o serie de discuţiuni în această chestiune. Pentru a se aduce mai multă lumină Societatea de Neurologie din Paris a hotărât a consacra câte-va şedinţe speciale acestei importante probleme.

Rezumez aci discuţiunile diferitelor puncte puse la ordinea zilei cu această ocaziune.

Discuţiunea asupra afaziei din punct de vedere clinic.

1. *Afazia motrice şi cea sensorială diferă cliniceşte una de alta? Sau afazia motrice nu e de cât afazia sensorială însoţită de anartrie?*

Dacă există deosebiri cari sunt?

Déjerine susţine că în afazia lui Broca nu există surditate verbală. De asemenea bolnavul recunoaşte literele, şi de regulă cuvintele scrise şi defectele lecturei sunt mai degrabă în raport cu o turburare de asociaţiune de cât cu o adevărată cecitate verbală. In ceea-ce priveşte scrierea afazicul tip Broca copiază imprimatul în manuscris, pe când cel sensorial copiează servil forma literilor ca un desemn.

Pierre Marie admite că există întradevăr o deosebire clinică între aceste 2 forme de afazie dar această deosebire nu e tot-deauna marcată şi de alt-fel Déjerine admitea altă dată surditatea verbală, într'un anumit grad, în afazia lui Broca.

Pentru Marie explicarea deosebirilor constă în faptul că în afazia zisă sensorială focarul rezidă în plină zona a lui Wernicke, pe când în cea a lui Broca zona lui Wernicke e puţin atinsă de aceea turburările de comprehensiune sunt puţin pronunţate dar ele sunt de aceiaşi natură în ambele forme de afazie, deosebirea fiind pur cantitativă.

Souques de acord cu Marie nu admite altă deosebire esenţială între afazia sensorială şi cea a lui Broca de cât prezenţa în ultima, a turburărilor de articulaţie.

Surditatea verbală, cecitatia verbală şi agrafia există pentru el în ambele forme deşi în grade diferite după cazuri. Dar nu crede posibil că pe aceste deosebiri să se poată stabili o deosebire clinică. Autorul citează mai multe cazuri de leziuni întinse ale zonei lui Wernicke şi respectând zona lui Broca în care totuşi bolnavii copiau imprimatul în manuscris.

Déjerine susţine că turburările de comprehensiune în afazia lui Broca sunt puţin însemnate şi dispar foarte repede.

Pierre Marie propune să se discute *ce se înţelege prin afazia totală.*

Déjerine admite ca afazia totală e afazia motrice unită cu cea sensorială la acelaş bolnav.

Pierre Marie nu vede nici o deosebire între afazia totală şi afazia lui Broca.

Brissaud aminteşte că Broca definea afazia un defect de adaptaţiune a cuvântului la idee şi al ideei la cuvânt şi crede că trebue conservat numele de afazia lui Broca turburărei descrisă de acest autor, Pierre Marie e de aceiaşi părere.

Déjerine propune a se defini afazia lui Broca o pierdere mai mult sau mai puţin complectă a vorbirei spontanee şi repetată cu conservarea destul de frecuentă a vorbirei căntate, cu uşoară cecitate verbală, cu absenţa surdităţei verbale, cu agrafie pentru scrierea spontanee şi sub dictare conservarea facultăţei de a copia, transcriind imprimatul în manuscris.

P. Marie admite că surditatea verbală se găseşte constant în afazie, într'un anumit grad.

Thomas vorbeşte în sensul ideilor lui Déjerine.

Brissaud întreabă care ar fi deosebirea între afazia lui Broca fără turburări sensoriale şi afazia motrice pură.

Déjerine admite că aceste 2 nume ar fi sinonime. In afazia motrice pură, bolnavul e incapabil să vorbească, să citească, să scrie, să repete ce i se spune dar limbagiul interior e conservat.

Pierre Marie întreabă care ar fi deosebirea între afazia lui Broca cu turburări sensoriale şi afazia totală.

Déjerine susţine că deosebirea rezidă în puritatea şi intensitatea simptomelor sensoriale. In afazia lui Broca turburările de comprehensiune lipsind iar turburările alexice ţin mai mult de un defect de asociaţiune de cât de cecitatea verbală, propriu zisă.

Pierre Marie nu crede că pe aceste simple deosebiri de intensitate a simptomelor se pot fonda specii morbide.

André Thomas e de părere că deosebirile între afazia lui Broca şi aceea sensorială trebuesc căutate în turburările limbagiului interior.

Brissaud arată necesitatea de a se defini ce se înţelege prin limbagiul interior.

André Thomas e de părere că discuţiunea asupra limbagiului interior ar putea face să se peardă prea mult timp fără se se lumineze chestiunea afaziei.

Pierre Marie persistă a crede că ceea-ce Déjerine numeşte afazie totală nu e de cât afazia lui Broca într'un grad foarte înaintat.

Se ia în discuţiune chestiunea:

2. *Imposibilitatea de a vorbi în afazia motrice e datorită anartriei adecă pierderei sau unei turburări în articulaţia cuvintelor?*

Déjerine face să reiasă faptul că disartricii pronunţă toate cuvintele dar le pronunţă rău iar afazicii pronunţă une-ori un mic număr de cuvinte dar le pronunţă bine. Pentru el afazicii nu vorbesc pentru că le e imposibil să-şi exprime ideile prin cuvinte nu pentru că nu pot articula.

Pierre Marie crede că termenul de anartrie convine afazicilor de oare-ce el arată o turburare de natură motrice. Crede că un bolnav ce zice doui în loc de ou don în loc de on ca într'un caz al lui Déjerine prezintă sigur turburări de articulaţie.

Ballet arată că dacă afazici nu vorbesc, e pentru că prezintă nu o turburare motrice şi o turburare psihică, afazia motrice fiind o *apraxie.*

Thomas zice că Pierre Marie e în imposibilitate de a da caracterele turburărilor articulaţiei cuvintelor la afazicii motori.

Pierre Marie recunoaşte aceasta şi se mulţumeşte să constate că aceşti bolnavi au anartrie, adecă turburări de articulaţie.

Thomas vorbeşte în sensul ideilor lui Déjerine amintind încă faptul că unii afazici ce nu pot vorbi articulează foarte bine cuvintele cântând.

Ca răspuns Pierre Marie prezintă un disartric (în sensul ideilor curente susţinute de Déjerine, Thomas, Ballet, care totuşi poate, căntând, să articuleze perfect toate cuvintele.

Dupré susţine că afazicii *nu prezintă turburări de articulaţie a cuvântului ci turburări de evocaţiune.* Afazia motrice e o turburare a memoriei sau a asociaţiunei imaginilor motrice a cuvântului iar anartria o turburare a proecţiunei nevromusculare şi a expresiunei articulate a cuvântului.

Pierre Marie admite şi el că afazicii lui Broca prezintă turburări de evocaţiune. Dar anartria nu poate fi pusă în cauză de cât în momentul când e vorba de turburări de articulaţie propriu zisă. El are în vedere mai cu seamă bolnavii la cari noţiunea constituţiunei cuvântului nu e atinsă, ce pot evoca bine cuvintele şi cari totuşi le pronunţă cu dificultate. Consimte în fine, dacă societatea crede necesar să înlocuiască prin *afemie* cuvântul *anartrie.*

3. *Trebue să se conserve distincţiuna a două varietăţi clinice de afaze motrice?*

a) Afazie motrice cu agrafie şi alexie (afazia lui Broca) şi

b) Afazia motrice pură.

Déjerine crede că afazia motrice pură şi afazia lui Broca sunt două lucruri cu totul diferite în prima lipsind turburările limbagiului interior.

Pierre Marie refuză epitetul de afazici bolnavilor fără turburări a limbagiului interior. Afazia motrice pură a lui Déjerine e pentru el anartie sau afemie.

Dupré nu crede că se poate exclude o turburare a limbagiului interior în *„afazia motrice pură“* care după el rezultă dintr'un deficit a imaginilor verbale de articulaţie sau cel puţin dintr'o lacună între aceste imagine şi proecţiunea lor către centrii articulaţiunei. Ar fi o turburare, ce compromite la frontiera domeniilor psihic şi motor trecerea de la idee la cuvinte.

Afazia motrice pură există de la început sau nu e de cât restul unei afazii motrice complectă dar vindecată în parte?

Déjerine crede că ambele alternaţiuni sunt posibile.

Pierre Marie nu crede că afazia lui Broca poate, chiar atunci când se ameliorează foarte mult să ajungă la ceea-ce el numeşte *afemie.*

* * *

In şedinţa din 9 Iulie s'a discutat chestiunea afaziei din punctul de vedere al anatomiei normale şi patologice.

Dăm aci chestiunile puse şi rezumatul discuţiunilor:

1. *Se poate distinge o zonă zisă zona nucleului lenticular sau zona lenticulară? Care-i sunt limitele?*

Se ştie că Pierre Marie neagă ori-ce importanţă circomvoluţiunei lui Broca în ceeace priveşte limbagiul articulàt. Acesta ar fi în funcţiune de ceea-ce el numeşte zona lenticulară.

Déjerine crede că Pierre Marie n'a atribuit tot-deauna aceleaşi limite zonei lenticulare care după cum reese din lucrările acestui din urmă autor ar ocupa tot sectorul mediu al emisferului, or o localizare aşa de întinsă zice Déjerine *nu e o localizare.*

Pierre Marie neagă a fi variat limitele zonei lenticulare. Esenţialul e, zice el, că frontata III-a nu face parte din această zonă de şi se admitea până acum că leziunile acestei circomvoluţiuni sunt acelea ce produc afazia.

M-me Déjerine intră în consideraţiuni foarte amănunţite de anatomie cerebrală căutând să demonstre că piciorul şi capul frontalei a treia trebue să facă parte din zona lenticulară.

Pierre Marie exclude complect frontala III-a din patrulaterul său (zona lenticulară).

M-me Déjerine admite că, *ori-ce leziune interesează partea anterioară, superioară şi externă a quadrilaterului lui Pierre Marie, că ori-ce leziune a jumătăţei anterioare a patrulaterului care întrece în sus limita superioară şi anterioară a putamentului, atinge bolta ventriculului lateral şi interesează substanţa albă nediferenţiată a centrului oval, secţionează fibrele eşite din frontala a treia (cap şi picior),*

Brissaud e de părere că trebue să se discute dacă o leziune a patrulaterului e capabilă să determine afazia lui Broca şi dacă sediul acesteia se găseşte în piciorul frontalei a treia sau în regiunea insulei.

Déjerine crede că trebue să se discute şi dacă frontala a III-a nu joacă nici un rol în afazie. Pentru el chestiunea e rezolvată în favoarea frontalei a III-a.

Autorul critică observaţiunile lui Pierre Marie şi Moutier şi e de părere că în toate aceste cazuri *exista o destrucţiune a fibrelor de proecţiune şi de asociaţiune a lobului frontal precum şi a fibrelor de proecţiune a zonei rolandice.* Aşa s'ar explica afazia în cazurile lui Moutier cari n'ar fi de cât exemple de *afazie motrice subcorticală.*

Moutier citează mai multe cazuri de afazia lui Broca şi de „anartrie pură“ (afemie) în cari circomvoluţia lui Broca e „absolut“ intactă.

Déjerine admite totuşi că în cazurile lui Moutier afazia se explică prin leziunea fibrelor substanţei albe după cum se explică în cazuri de leziuni ale substanţei albe a zonei rolandice emiplegia.

Souques aduce secţiunei seriate dintr'un caz de afazie a lui Broca leziuni limitate la zona lui Wernicke şi zona lenticulară şi respectând circomvoluţia lui Broca. Bolnavul copia imprimatul în manuscris deci e exclus diagnosticul unei afazii sensoriale.

Déjerine crede că în cazurile în cari degenerescenţa retrogradă n'a fost prea acuzată poate să scape neobservată prin metoda lui Weigert.

Pierre Marie arată că admiţând chiar că leziunea substanţel albe a patrulaterului ar leza în tot-deauna fibrele frontalei a treia — ceea-ce nu e cazul după el — nu se poate susţine că leziunea acestor fibre produce afazia lui Broca căci

Déjerine a admis că aceasta e tot-deauna corticală pe când leziunile substanţei albe ar produce afazia motrice pură.

Déjerine e de părere că în cazurile lui Pierre Marie e vorba de afazia totală nu de afazia lui Broca.

2. *Cari sunt leziunile cele mai des observate la necropsia afazicilor?*

a) Sunt vaste sau circumscrise, b) Anterioare sau posterioare, c) certicale sau subcorticale?

Pierre Marie întreabă dacă Dejerine admite încă şi acum că termenul de afazie a lui Broca implică necesar o leziune cortisală.

M-me Déjerine crede că termenul de leziune corticală implică şi leziunea substanţei albe a circomvoluţiei.

Déjerine admite că prin leziunea corticală înţelege şi alteraţiunea substanţei albe a circomvoluţiei, dar a văzut un caz de surdıtate verbală cu leziuni pur celulare a circomvoluţiei temporale.

Pierre Marie crede că aceasta n'a fost însă tot-deauna opiniunea lui Dejerine.

Brissaud opune vechei concepţii a 2 forme de afazie prin leziuni corticale şi subcorticale, concepţia actuală care arată că totdeauna în leziunile corticale există şi leziuni subcorticale.

Souques întreabă pe Déjerine cari sunt pentru el limitele regiunei subcorticale a căror leziuni produc afazia motrice pură.

Autorul crede că leziunile regiunei nucleilor centrali ar putea produce aceiaşi simptomatologie.

M-me Déjerine răspunde că leziunile capsulare singure produc turburări disartrice pe câtă vreme leziunile corticale şi subcorticale produc afazie.

Pierre Marie crede că acestea sunt pure ipoteze iar Déjerine le consderă ca fapte sigure.

3. *Cari sunt leziunile obicinuite ale afaziei totale?*
4. „ „ „ „ „ „ *sensoriale?*
5. „ „ „ „ „ „ *motrice?*

Pierre Marie întreabă pe Déjerine dacă mai admite că ceea-ce numeşte „centrul imaginelor auditive verbale“ are sediul la partea posterioară a primei şi a celei de a II-a circomvoluţii temporale?

Déjerine admite această localizare adăugând că ea ar putea să ocupe poate partea mijlocie a acestor circomvoluţiuni.

Pierre Marie constată că Déjerine nu poate să precizeze exact sediul acestui centru şi că pe de altă parte a mai declarat în discuţie că nu poate să recunoască celulele audiţiunei verbale. Il mai întreabă dacă mai crede că centrul imaginelor vizuale ocupă cuta curbă.

Déjerine repeta că în cazul său publicat cu Serieux era vorba de surditate verbală prin leziuni limitate la scoarţa (polioencefalită) şi nu prin hemoragie sau ramolisment distrugând în acelaş timp scoarţa şi axa albă a circomvoluţiilor; consideră încă cuta curbă ca centrul imaginelor verbale vizuale.

Pierre Marie nu admite nici unul din aceşti centri şi contestă în mod absolut existenţa unui centru pentru lectură în cuta curbă. Nu înţelege la oameni formarea unui centru admirabil ai căror părinţi n'au ştiut să citească sau să scrie, specializat după câte-va lecţiuni de citire. Crede că la afazici turburările de lectură se explică printr'o turburare în funcţionarea centrilor generali ai vederei.

6. *Există afazie motrice prin leziune ezclusiv localizată la circomvoluţia lui Broca pur corticală sau subcorticală?*

Déjerine citează mai multe cazuri în care leziunea era limitată sau cel puţin predomina la nivelul circomvoluţiei lui Broca. Crede că această circomvoluţie face parte *integrantă* din zona anterioară a limbagiului a le cărei limite exacte rămân încă de căutat. Prezintă 5 cazuri cu secţiuni seriate spre a demonstra rolul circomvoluţiei lui Broca în producerea afaziei şi a infirma rolul zonei lui Wernicke şi a ganglionilor centrali în producerea afaziei lui Broca. Una din observaţiunile lui Broca însuşi vorbeşte pentru Déjerine în acelaş sens căci el vede leziuni reale acolo unde Pierre Marie le neagă.

Moutier neagă şi el leziunile în acel caz şi crede că nici unul din cazurile lui Déjerine nu prezintă integritatea zonei lenticulare. In plus în cazul lui Broca există îndoeli asupra sindromului prezentat.

Dejerine susţine din contră că acest caz e cel mai tipic, cel mai demonstrativ de afazie motrice şi că prezintă leziuni mari a piciorului frontalei a III-a. Cât pentru zona lenticulară, Moutier va putea tot-deauna să o găsească lezată de oare-ce coprinde tot sectorul mediu al emisferului.

Pierre Marie constată că Déjerine admite încă rolul frontalei a treia în producerea afaziei motrice dar crede ca şi Moutier că observaţiunile lui Déjerine pot fi revendicate în favoarea modului lor de a vedea. In plus Déjerine afirmă că unul din bolnavii săi s'a vindecat după 3—4 luni, ceea-ce el nu poate admite în afazia lui Broca clasică.

Déjerine crede că afazia lui Broca, se ameliorează sau chiar se vindecă foarte des. Aci intervine probabil ambidexteritatea. Aceasta se întâmplă mai ales la copii şi tineri.

Pierre Marie admite din nou că leziunile circomvoluţiei lui Broca nu pot explica afazia. Alt-fel nu se poate explica persistenţa eventuală a afaziei cu leziuni minime ale circomvoluţiunei şi dispariţia ei coexistând cu leziuni destructive enorme ale frontalei a III-a.

Thomas aduce mai multe observaţiuni ce tind a proba că leziunile circomvoluţiei lui Broca şi a substanţei albe subjacentă, şi în acelaş timp a circomvoluţiunilor vecine pot produce afazia lui Broca. Respinge în fine ideile lui Pierre Marie.

Souques pe zece necropsii de afazie a găsit zona lui Wernicke totdeauna atinsă iar a lui Broca numai de trei ori (coexistând şi atunci cu leziuni ale zonei lui Wernicke.

Moutier observă că în observaţiunile lui Thomas se găseşte atinsă şi zona lenticulară.

7. *Există în mod sigur cazuri de leziune a circomvoluţiunei lui Broca fară afazie?*

Moutier prezintă trei cazuri din cari reese un răspuns afirmativ.

Déjerine nu înţelege cum se face că în cazurile lui Moutier nu exista turburări de vorbire deşi existau leziuni ale zonei lenticulare. Crede apoi că trebue urmărit trecutul patologic al bolnavilor cu leziuni a circomvoluţiei lui Broca căci e posibil ca ei să fi avut odată turburări de vorbire. Mai face să intervină rolul posibil al emisferului drept.

Pierre Marie arată că există un număr egal de cazuri egal de afazie la stângaci prin leziuni ale emisferului drept ca şi prin a celui stâng.

Déjerine crede că dacă nu se cunoaşte trecutul patologic al bolnavilor observaţiunile n'au nici o valoare. Promite a aduce mai multe observaţiuni de afazia lui Broca vindecate.

Pierre Marie răspunde că la Bicêtre nu se văd vindecări de acestea, şi că trebue să creadă că ceea-ce el şi Déjerine numesc afazia lui Broca sunt departe de a fi acelaş lucru.

* * *

In şedinţa din 25 Iulie se discută chestiunile ce au mai rămas.

8. *Există cazuri de afazie sensorială prin leziuni strict localizate la nucleul lenticular?*

Pierre Marie nu crede ca cineva să fi susţinut în ultimii ani această opinie.

Thomas întreabă pe precedentul autor dacă perzistă a crede că leziunile nucleului lenticular joacă un rol important în afazia lui Broca.

Pierre Marie crede că leziunile acestui nucleu pot produce turburări de fonaţiune.

Déjerine întreabă dacă leziunile strict limitate la nucleul lenticular pot provoca turburări de fonaţiune.

Pierre Marie crede că da.

Déjerine crede din contră. In cazul când există turburări de fonaţiune există după el şi leziuni ale capsulei interne. Intreabă pe P. Marie dacă a publicat cazurile, pe cari se sprijină.

Pierre Marie răspunde că n'a publicat nimic dar că a observat ast-fel de cazuri.

Guillain aminteşte că Mills şi Spiller admit că nucleul lenticular are un rol motor.

Déjerine spune că aceşti autori n'au practicat secţiuni seriate şi n'au făcut examene microscopice.

9. *Există cazuri de afazie motrice prin leziuni strict localizate la insulă, la capsula externă şi la claustru (l'avantmur).*

Déjerine răspunde în mod negativ iar Pierre Marie declară că n'are nici o opinie din acest punct de vedere.

10. *Leziunile afaziei motrice cu alexie şi agrafie ocupă un sediu diferit de acela al afaziei motrice pure?*

Déjerine crede că în starea actuală a cunoştinţelor noastre chestiunea nu poate fi rezolvită definitiv. Cu privire la o bolnavă observată de Souques în care afazia motrice pură la început s'a ameliorat rămânând o simplă disartrie crede că era vorba de o simplă paralizie pseudobulbară.

Souques nu admite acest diagnostic şi zice că pareza limbei nu era destul de pronunţată pentru a produce turburările de vorbire.

Déjerine admite că aceste turburări pot fi produse de pareze uşoare fiind vorba de mişcări fine.

Pierre Marie crede că la afazici motricitatea unora din muşchii ce intră în fonaţiune e mai mult sau mai puţin turburată fără să se poată şti dacă e vorba de paralizie, incoordinaţiune etc. Poate fi vorba de apraxie. Se miră cum Déjerine afirmă că e vorba ici de paralizie, colo de ataxie, etc.

Ballet zice că dacă afazia motrice aparţine apraxiei, atunci nu e vorba de o turburare de motilitate, ci de o turburare de ordine psihică.

Pierre Marie e de acord asupra acestui punct.

Déjerine nu admite în nici un caz asimilarea afaziei motrice cu apraxia. Cel mult aceasta ar merge pentru turburările de vorbire din afazia sensorială (jargonafazie, parafazie).

Se miră că P. Marie vorbeşte de turburările motorii ale afazicilor, căci, zice el, n'a văzut ast-fel de bolnavi cari să nu poată scoate limba. Când aceste turburări există, e vorba de paralizia pseudobulbară.

Pierre Marie zice că în serviciul său mulţi afazici, cel puţin la început, sunt în imposibilitate de a scoate limba după comandă, sau o fac cu multă dificultate.

Souques e de aceiaş părere.

Dufoure de-asemenea deşi nu crede că lucrul acesta poate proba ceva, căci cei mai mulţi afazici sunt şi emiplegici.

Pierre Marie spune că nimeni n'a pretins că acest fapt poate cauza turbările afazice, dar că la afazici se poate observa turburări motorii mai mult sau mai puţin pronunţate a aparatelor ce prezidă la fonaţiune şi articulaţiune.

* * *

Se discuta în urmă chestiunile de fiziologie patologică.

a) *Există turburări de inteligenţă la afazicii motori şi cari sunt?*

b) *Există turburări de inteligenţă la afazicii sensoriali?*

Pierre Marie propune să se adauge „sau aceste turburări de inteligenţă sunt de natură sensorială?“ Aminteşte de vechea doctrină, după care turburările de comprehensiune erau de natură sensorială, fiind datorite leziunilor unor centri în cari s'ar imagazina imaginile auditive sau vizuale ale cuvintelor. Acestei teorii vechi, Pierre Marie opune o origine *intelectuală* a afaziei. E vorba însă de un deficit intelectual foarte specializat ce se aplică la limbagiu şi la unele cunoştinţe dobândite pe cale didactică.

Ballet admite şi el că e vorba de o turburare intelectuală foarte specializată.

Dupré admite că în afazia „sensorială“ e vorba de un deficit în colaborarea elementului sensorial cu cel psihic, cuvântul sensorial trebue să se aplice, la imaginea *elaborată*, servind ca material al activităţei psihice superioare, *posedând o valoare simbolică.*

Pierre Marie zice că e fericit să fie de acord cu ideile exprimate de Ballet. Nu e însă de acord cu autorii cari împreună cu clasicii vorbesc de afazie *sensorială*, afazie de *recepţiune*, considerând-o ca datorită unei rele funcţionări sau inactivităţei complecte a pretinşilor centri sensoriali speciali, ce ar percepe impresiunile auditive pentru limbagiul vorbit şi pe cele vizuale pentru cel scris.

Dupré crede că faptul de a admite că în afazia sensorială e vorba de o turburare intelectuală, nu implică negaţiunea centrilor sensoriali specializaţi. Fără să aibă argumente din experienţa personală, crede că imaginile auditive, vizuale, sau motorii ale cuvintelor primite mai întâi de centrii comuni, se asociază în urmă în sisteme elective, în clişee, a căror evocaţiune constitue imaginile verbale al căror centru de formaţiune trebue să fie vecin de centrul comun corespunzător şi intermediar între acesta şi restul emisterului.

Déjerine a considerat tot-deauna afazia sensorială cu o afazie de *comprehensiune.*

Dupré e de acord cu Pierre Marie, admițând că afazie e datorită unui deficit intelectual specializat referitor la elaborațiunea cuvintelor.

Souques crede că ne-am putea abține de la întrebuințarea termenului de afazie senzorială, întrebuințând numai pe acela de afazia lui Wernicke.

Déjerine crede că Pierre Marie a vorbit mai întâi de un deficit intelectual *global* la afazici și că acum și-a schimbat opiniunea.

Pierre Marie se apără cu energie de aceste învinuiri. Chestiunea actuală zice el, e de a se ști dacă recepțiunea impresiunilor verbale se face de centrii senzoriali speciali, sau de centrii comuni.

2. *Simptomele observate la afazici (afazie motrice pură. afazie senzorială, afazie totală) sunt datorite unei turburări a facultăților intelectuale sau a inteligenței în general?*

3. *Sau sunt datorite unei turburări a limbajului interior?*

Déjerine admite că în afazia lui Broca și în cea senzorială există turburări ale limbajului interior.

4. *Trebuește conservată expresiunea imagini ale limbajului?*

Pierre Marie și Souques nu admit aceste imagini ale limbagiului pentru motivul că autorii ei vorbesc de ele, nu pot spune în mod precis ce sunt ele. Din contră Déjerine, Ballet, Dupré le admit. Primul admite definiția lui Taine. „Imagina e o senzație ce păstrează aptitudinea de a renaște“, Dufouer zice că „e impresiunea lasată de un obiect în spiritul nostru“; Dupré „resurecțiunea percepției în absența obiectului“; Ballet definește imaginea verbală reprezentațiunea verbală a cuvântului“.

5. *Care e mecanismul parazieі în afazia senzorială?*

Pierre Marie consideră ca ipoteze fără bază toate explicațiunile de până acum.

Déjerine admite un centru al audițiunei verbale și consideră parafazia ca o *ataxie* a limbagiului în lipsa regulatorului (prin leziunea centrului audițiunei verbale).

6. *Cari sunt teritoriile corticale ce joacă în funcțiunea limbagiului un rol stabilit de anatomia patologică?*

Pierre Marie nu admite nici unul din centrii verbali specializați, descriși de autori, dar admite o zonă pentru funcțiunea limbagiului, zona lui Wernicke ale cărei limite nu le poate încă fixa în mod precis. Nu înțelege cum s'ar putea forma un centru vizual verbal în 6 luni, timpul mediu în care cine-va poate învăța să citească.

Déjerine nu admite argumentele lui P. Marie și nu vede necesar ca să treacă o serie nenumărată de generațiuni pentru formarea unui centru.

Pierre Marie întreabă pentru ce, dacă centrii se formează pe măsură ce e nevoe, nu se vede în urma leziunilor cerebrale pierderea izolată a mișcărilor de înnotat, de cântat la piano, etc.

Souques întreabă pe Déjerine pentru ce nu admite un centru grafic.

Déjerine răspunde că nu-l admite pentru că nu s'a văzut nici-odată agrafia singură și pe de altă parte putem scrie cu piciorul, cu capul etc. așa în cât acest centru dacă ar exista ar trebui să cuprindă întreaga zonă motrice a ambelor emisferu. Contrariul e cu vorbirea, căci numai cu aparatul bucofaringorigeu putem vorbi. In plus, dacă agrafia ar fi o turburare motrice, bolnavii ar putea scrie cu ajutorul cuburilor alfabetice ceeace nu se întâmplă.

Cât pentru centrii specializaţi pentru diferitele mişcări, de înnotat, cântat la piano etc., nu-i admite pentru că aci e vorba de asociaţiune de mişcări depinzând de zonele motrice corticale.

Ballet crede că toţi sunt de acord admiţând că afazia lui Wernicke ţine de leziunile zonei lui Wernicke. Mai crede că leziunile primei temporale determină o afazie cu predominenţa surdităţei verbale, pe când acelea ale cutei curbe determină o afazie cu maximum de cecitate verbală.

Déjerine distinge 2 feluri de cecitate verbală, una pură, în care leziunea distruge fibrele ce leagă centrul cortical al vederei cu cuta curbă şi o alta cu agrafie şi parafazie cu uşoară cecitate verbală şi cu leziuni în cuta curbă.

Pierre Marie crede că forma de afazie sensorială cu maximum de cecitate verbală e datorită leziunilor lobilor lingual şi fusiform şi că n'are nimic comun cu cuta curbă. Agrafia cum a arătat-o Freud se vede mai rar la cei foarte educaţi şi nu admite că prezenţa sau absenţa agrafiei implică cutare sau cutare localizare a afaziei.

7. a) *Circomvoluţia lui Broca joacă în funcţiunea limbagiului un rol special şi preponderent?*

b) *Trebue să atribuim acest rol şi regiunilor corticale imediat vecine.*

Pierre Marie propune să se înlocuiască termenul regiuni corticale cu cel mai general şi mai exact de circomvoluţiuni, căci afară de un caz unic a lui Déjerine nimeni n'a văzut o leziune cerebrală în focar cu localizare exclusiv corticală.

Déjerine admite totuşi contrariu lui Pierre Marie că tumorile localizate, meningita în plăci au o valoare pentru localizările cerebrale.

Pierre Marie răspunde că pentru că Déjerine vorbeşte de cazuri chirurgicale, va aminti că Burckhardt în 2 cazuri de agitaţie maniacă cu verbigeraţie, practicând ablaţiunea circomvoluţiei lui Broca a constatat cu stupefacţie că bolnavii de la eşirea din somnul cloroformic au început să vorbească tot aşa de bine ca şi mai înainte.

Rezecând la unul din ei piciorul temporalei I şi a II-a n'a observat nici o urmă de surditate verbală ci numai—6 zile după operaţie—o uşoară parafazie ce n'a durat de cât 8 zile. Bolnavii erau dreptaci.

„Iată dar mi-se pare—zice autorul—demonstraţia directă şi repetată, extrem de preţioasă în favoarea tezei ce susţin, a neexistenţei centrilor limbagiului admişi şi de autori“.

Discuţiunea se termină prin câte-va cuvinte ale lui Pierre Marie care constată că tot edificiul ideilor clasice asupra afaziei e în ruină, printr'un răspuns al lui Déjerine care crede că doctrina clasică a eşit învingătoare (?) la cari Pierre Marie răspunde din nou că între ideile sale şi acelea ale lui Déjerine absolut opuse nu poate fi nici o acomodare şi că de acum înainte aparţine neurologiştilor din toate ţările de a-şi face o opiniune personală asupra acestei chestiuni aşa de interesantă a afaziei.

Ballet recunoaşte în fine că în chestiunea localizărilor s'a schematizat prea mult şi admite necesitatea unei reviziuni a localizărilor admise.

In fine preşedintele societăţei, Klipell închee spunând că toţi sunt de acord în a recunoaşte revizuirea unor chestiuni referitoare la afazie.

Nota referentului. — Dacă mi s'ar cere impresiunea personală cu care am rămas, urmărind aceste discuţiuni ce fac epocă în istoria neurologiei, aşi spune că s'a exagerat poate în ambele sensuri. Cred că Pierre Marie a fost prea exclusivist negând imaginile verbale. Poate se poate zice acelaş lucru despre apropierea ce a făcut între turburările disartrice şi afazia motrice. Déjerine, M-me Déjerine şi Thomas au exagerat în sensul contrariu apărând doctrina clasică.

Se poate însă afirma fără ezitare că cece-ce eri era considerat ca dogmă în materie de localizare a centrilor afaziei nu mai poate fi azi admis de cât ca pură ipoteză şi ast-fel trebue privită nu numai localizarea ci existenţa însăşi a unor centri de sine stătători pentru imaginile verbale.

DR. C. PARHON

ACADEMIA DE ŞTIINŢE DIN PARIS

A. MOUTIER. — **Des applications de la d'Arsonvalisation localisées à certaines régions, principalement à la région céphalique.** *(C. R. Ac. des Sciences.* 25. I. 1909. No. 4). Cu toate că efectele terapeutice ale curenţilor de înaltă frecuenţă rămân încă discutabile în ceea-ce priveşte tratamentul arterio-sclerozei; efectul lor ipotensor însă pare bine stabilit. Cum unii bolnavi au o ipertensiune arterială localizată la regiunea cefalică, autorul a imaginat graţie unui solenoid de 0, m. 30 de a aplica aceste curente numai în această regiune. Ipotensiunea nu se generalizează în acest caz (radialele îşi păstrează presiunea iniţială) şi rezultatele obţinute par a fi după acest autor din cele mai satisfăcătoare. Ameţeala, oboseala cerebrală dispar după câte-va şedinţe de tratament şi în acelaş timp se constata o diminuare progresivă al presiunei sanguine la temporale, ajungând a nu mai putea fi percepută. Autorul nu ne spune în comunicaţiunea sa, cât timp persistă bunele efecte constatate de dânsul.

LE NOIR et JEAN CAMUS. — **Recherches sur la contagion de la tuberculose par l'air.** *(C. R. A. S.* 1 Febr. 1909 No. 5). Intr'o sală de tuberculoşi de la Spitalul St. Antoine de un volum de 431 m. c., autorii au lăsat să trăiască timp de mai multe săptămâni 13 cobay repartizaţi în trei grupuri. Grupul I-iu, 4 cobay puşi într'o cuşcă deschisă aşezată pe parchet, bolnavii putând fi în contact imediat cu aceşti cobay. Grupul al 2-lea, 5 cobay într'o cuşcă cu dublu perete de sârmă, f. bine închisă, aşa că bolnavii nu se puteau atinge de iei. Grupul al 3-lea, 4 cobay puşi într'o cuşcă în apropierea tavanului. Cazurile de tuberculoză constatate au fost următoarele: Din grupul 1, un cobay; din grupul al 2-lea, unul, din grupul al 3-lea doi. Autorii conchid că praful fin din sală conţinând bacili, putând fi cu uşurinţă transportat în toate părţile sălei, a fost cauza care a determinat infecţiunea la cobay. Aerul filtrat din acea sală şi injectat sub piele la cobay n'a produs nici un caz de infecţiune. Pe când praful sălei introdus la aceste animale a dat câte-va cazuri pozitive. De alt-fel praful acesta lăsat 33 de zile la lumina laboratorului, a devenit şi iel ineficace. De notat ie că la autopsia acestor cobay s'au găsit leziuni înaintate de tuberculoză abdominală, în special a splinei şi a ganglionilor, arătând oare-cum că infecţiunea a avut loc aci mai întâiu. Nici într'un caz de autopsie nu s'a găsit leziuni toracice izolate. 3 din 4 cobay aveau adenite inguinale, care la 2 cobay erau deja cazeoase. Autorii fără a vroi să ia o atitudine hotărâtă în această interesantă problemă de modul cum se face infecţiunea în tuberculoză, cred totuşi că în experienţele lor, contagiunea a avut loc mai ales pe cale digestivă. Dânşii au vrut să arate şi aceasta pare demonstrat, că tuberculoza se poate propaga prin aer, graţie prafului fin, care ie dus în toate părţile sălei unde se află tuberculoşi.

A. FROUIN. — **Résultats imédiats et résultats éloignés de la suture artério-veineuse.** *(C. R. A. S.* 1 Februar 1909 No. 5). Graţie progreselor incontinue ale technicei chirurgicale, unii operatori abili au ajuns să facă cu succes suturi arteriale, arterio-venoase, putând chiar înlocui un segment de arteră prin o venă, face ca circulaţiunea să fie oprită cel puţin pentru cât-va timp.

Suturele arterio-venoase dacă nu pot da loc la aplicaţiuni chirurgicale imediate, pot da naştere la cercetări fiziologice importante, ca acele a autorului.

Frouin cu talentul său operator recunoscut, a isbutit să facă la câine interversiunea circulatorie complectă a creerului. Pentru aceasta suturează vârful central al carotidei la vârful periferic al jugularei şi vârful periferic al carotidei la vârful central al jugularei. La 8 zile interval face aceiaşi operaţie la cealaltă parte a animalului şi leagă în acelaş timp şi amândouă vertebralele. Cânele prezintă oedem, exoftalmie, dar să vindecă după câte-va zile. Creerul său primeşte acum sângele arterial prin vene. Jugularele au un puls arterial, care poate fi înregistrat.

Dacă această operaţie să face în ambele părţi deodată, animalul nu trăeşte decàt 8—10 ceasuri. Moartea nu survine din cauza lipsei de circulaţie, ci din cauza oedemului care împedică nutriţiunea ţesuturilor. O probă cum că circulaţiunea nu e întreruptă ie că legându-se amândouă jugularele la un asemenea câine, se observă peste 45″ simptorme de anemie cerebrală şi moartea survine maximum peste 4—5 minute.

Rezultatele îndepărtate ale acestor suturi constau în îngroşarea progresivă a pereţilor venei sub influenţa presiunei sanguine, în sclerozarea lor şi cu timpul în obliteraţiunea complectă a venei. Procesul de arteriolizare îşi depăşeşte scopul. Obliteraţiunea venei însă făcându-se într'un mod cu totul lent, o circulaţiune colaterală se stabileşte, compatibil cu viaţa animalului, ceea-ce ne permite să sperăm după părerea autorului la aplicaţiuni practice datorite acestor suturi arterio-venoase.

E. DOUMER. — **De la durée des effets hypotenseurs de la d'Arsonvalisation.** *(C. R. A. S.* 1 Februar 1909 No. 5). In urma unui tratament de câte-va şedinţe de d'Arsonvalizare 18 din 27 bolnavi trataţi de acest autor au conservat o diminuare a presiunei arteriale timp de aproximativ 1 an $^1/_2$. 9 bolnavi au necesitat la intervale de 3 luni la un an o nouă serie de câte-va şedinţe (1—4) pentru ca ipertensiunea lor să dispară.

Autorul conchide cu toate că nu ne vorbeşte decât de cazurile fericite tratate de iel ca efectul ipotensor al curenţilor de înaltă frecuenţă se menţine, mai ales dacă bolnavii nu sufăr de turburări intestinale (constipaţie) şi dacă se află în bune condiţiuni de igienă phizică morală şi intelectuală. S'ar putea obiecta că condiţiunile aceste îndeplinite utilitatea curenţilor de înaltă frecuenţă n'ar fi atât de imperioasă. In ceea-ce priveşte insuccesele şi de cazurile anormale observate de autor îşi rezervă o altă ocazie pentru a ne vorbi de ele.

M. LETULLE et A. MOUTIER. — **Action hypotensive de la d'Arsonvalisation dans l'hypertension artérielle permanente.** *(C. R. A. S.* 8 Februar 1909 No. 6). Ca măsură de control autorii au luat presiunea arterială în acelaş timp, unul întrebuinţând Sphygmomanometrul lui Potain, altul Sphygmometrul lui Bloch. Cu ambele instrumente şi într'un mod concordant, autorii au constatat după fie-care şedinţă de d'Arsonvalizare o diminurare a presiunei sanguine manifestă, variind de la 2 là 5 m. m. de g. Autorii dau un tablou de 12 bolnavi ast-fel trataţi.

PAUL SALMON. — **L'antimoine dans la Syphilis.** — *(C. R. A. S.* 8 Februar 1909 No. 6). Inrudirea chimică între acest corp şi arsenicul a făcut pe autor să-l încerce în tratamentul sifilisului.

Injecţiuni preventive de Ethyl-Stibinium (câte-va centigr. la 2—3 zile interval) făcute la maimuţe inoculate cu virus sifilitic au împedecat contagiunea. Antimoniul metalic, antimoniatul de sodiu a dat rezultate negative. Cu emeticul, deşi Manson, Broden şi Rodhain au avut succese în tratamentul maladiei somnului, s'a obţinut rezultate nesigure ca injecţiuni preventive.

In mod curativ, autorul a obţinut la om oare-care succese în diferitele perioade ale sifilisului, cu toate că după afirmaţiunea lui chiar, în unele cazuri recidivele s'au produs repede. Spirochaetele rezista la acţiunea emeticului. Injecţiunile intravenoase de 1% şi de 1‰ în injecţii ipodermice, de tartrate de potasiu, nu sunt dureroase şi autorul spune că n'a avut accidente serioase cu dozele de 5—8 centigrame pe zi!

KEATUNG-HART. — **Traitement des radiodermites par l'étincelle de haute fréquence.** *(C. R. A. S.* 22 Februar 1909 No. 8). Autorul a obţinut vindecări rapide ale ulceraţiunelor nu numai superficiale dar şi profunde datorite razelor X, precum şi vindecarea diferitelor plagi torpide, întrebuinţând o scânteie de maximum 3 — 4 c. m. lungime. Plaga trebueşte prealabil bine curăţită de eschare şi de porţiunile necrozate sau sfacelate. Intensitatea fulguraţiunei se face potrivit cazului de tratat, fără a căuta să se producă o destrucţie celulară. Autorul spune că procedeul lui ie puţin dureros şi că se poate aplica fără a anestezia bolnavul.

M. DOYON. — **Dangers du Chloroforme. Incoagulabilité du sang et nécrose du foie consécutives à l'anesthésie chloroformique.** *(C. R. A. S.* 22 Febuar 1909 No. 8). Autorul arătase că chloroformul introdus pe cale gastrică la câine, două—trei zile dearândul (1—2 gr. pe klg. amestecat cu untdelemn) determină la acest animal necroza ficatului care provoacă la rândul iei incoagulabilitatea sângelui şi dispariţiunea fibrinogenului din plasmă.

Aceleaşi fenomene grave se pot observa şi după simple inhalaţiuni de chloroform (durata experiment. de 35 minute) mai ales dacă animalul posedă leziuni renale. Acţiunea aceasta electivă a chloroformului asupra ficatului îndreptăţeşte pe autor să creadă că anestezii relativ scurte produse prin chloroform pot determina leziuni epatice şi că o bună parte din accidentele observate de chirurgi trebuesc atribuite acţiunei nocive a acestei substanţe asupra ficatului şi indirect asupra sângelui.

JULES COURMONT et TH. NOGIER. — **Sur la stérilisation de l'eau potable au moyen de la lampe au quartz à vapeurs de mercure.** *(C. R. A. S.* 22 Februar 1909 No. 8). Vapori de mercur într'un tub vid, devin luminoşi tot timpul trecerei unui curent electric. Când tubul ie departe, lumina emisă în asemenea condiţiuni ie foarte bogată în raze ultra-violete. Kronmayer a construit lampe de acest fel în scop terapeutic.

Autorul constatând efectul bactericid al acestor lampe şi-au propus a aplica această proprietate pentru sterilizarea apei. O lampă Kronmayer funcţionând sub un curent de 9 amperi şi de o forţă electromotrice de 135 volţi ar avea o rază de acţiune bactericidă de 30 c. m. Sterilizarea apei ar fi completă în 1—2 minute fără ca temperatura iei să se ridice la mai mult decât câte-va zecimi de grad. Pentru ca sterilizarea să se facă în bune condiţiuni ie necesar ca apa să fie prealabil limpede.

Se poate intrevedea că acest proceden de sterilizare să găsească aplicaţiuni practice. D-l Armand Billon-Daquerre revendică meritul de a fi întrevăzut cel dintâiu modul acesta de sterilizare.

V. HENRI et G. STODEL. — **Stérilisation du lait par les rayons ultra-violets.** (*C. R. A. S.* 1 Martie 1909 No. 9). Cu o lampă de quartz conţinând vapori de mercur, model Küch (al companiei Quartzlampen Gesellschaft din Pankow) care se aprinde automatic şi care la 110 volţi de o intensitate luminoasă de 2.000 de lumânări, autorii au obţinut o sterilizare completă a laptelui infectat în mod experimental sau a laptelui din comerţ. Ridicarea temperaturei laptelui ie mică şi în cazul acesta, în cât inconvenientele sterilizărei laptelui prin căldură sunt cu totul înlăturate cu procedeul acesta.

H. BUSQUET et V. PACHON. **Sur l'antagonisme du citrate trisodique et du calcium dans le fonctionnement du coeur et de son appareil nerveux modérateur.** (*C. R. A. S.* 1. Martie 1909 No. 9.) Antagonismnl între aceste substanţe faţă de cord şi de aparatul său moderator pare a fi de natură chimică. Citratul neutru de sodiu se comportă ca un decalcifiant; împedecă ionul Ca să-şi exercite acţiunea sa asupra inimei şi asupra nervului vag. Inima se opreşte în diastolă. Ie destul să mărim cantitatea de $CaCl^2$ pentru ca această acţiune împedicatoare a citralului de sodiu, să dispară.

O irigaţie al inimei de broască cu o soluţie de 0,05 $Ca\,Cl^2$ în 6 gr. Na Cl, 0,50 citrat de sodiu apă 9. s. 1000, nu împiedică bătăile inimei, dar excitarea nervului vag nu mai produce nici o acţiune asupra inimei. Dacă în loc de 0,05 facem o soluţie cu 0, gr. 10 $CaCl^2$ excitaţia pneumogastricului redevine eficace.

S. LALU.

Anatomie patologică

G. BOLOGNESI. — **Modificările chimice ale serului sanguin în infecţiile prin pyogenii comuni.** (*Archives italiennes de Biologie,* 21 Sept. 908). Diverşi autori menţionează prezenţa toxi-albumozelor în sângele infectat de micro-organisme. Bolognesi şi-a propus să controleze existenţa toxi-albumozelor.

Pentru aceasta a experimentat şi în vitro şi la animale vii servindu-se de streptococi şi stafilococi.

Din toate încercările lui reiesă, că agenţii patogeni modifică într'adevăr chimiceşte serul; dar că ei se mărginesc să dedubleze albumina în globulină fără să ajungă la formarea de albumoze.

Pentru Bolognesi toxi-albumozele, atât de dese-ori invocate, n'au căpătat până acum o demonstraţie sigură.

M. BOTEZ

Fiziologie.

G. BRANDINI. — **Acţiunea alcoolului etilic asupra inimei izolate a mamiferelor.** (*Archives italiennes de Biologie* 21 Sept. 908). Scopul propus a fost de a experimenta alcoolul etilic pe inima mamiferelor, complect izolată, sustrasă prin urmare funcţiunei regulatoare a sistemului nervos central şi perturbărilor produse prin fenomenele vaso-motoare, pentru a determina:

1. Dacă are, ori nu, o acţiune directă asupra miocardului;

2. Care-i această acţiune, dacă există, cu doze ridicate, cu doze mici şi cu doze intermediare;

3. Dacă inima mamiferelor, de ordin şi gen diferit, are o reacţie unică faţă de acţiunea pomenită sau dacă e deosebită după diversele speţe.

Nu intrăm în descrierea aparatului construit de Brandini sub direcţia prof. Aducco şi prin care se pot menţine riguros constantă presiunea şi temperatura lichidului nutritiv şi a suprafeţei externe a inimei, după cum se pot înregistra fidel şi fără complicaţii mişcările acestia.

Ceia-ce ne interesează e rezultatul experienţelor, din care rezultă că:

1. Alcoolul etilic are o acţiune directă foarte evidentă asupra inimei izolate a mamiferelor;

2. Această acţiune, calitativ egală la diferite specii; cantitativ e deosebită. Ea e maximum în inima epurelui; mai mică în a pisicei şi cânelui.

3. Ea se manifestă:

A) La epure: prin o *excitaţie*, pentru soluţiile coprinse între 1/50.000 şi 1/150.000;

prin o *oprire*, care nu mai e reparabilă, chiar cu circulaţia lichidului normal, pentru soluţii egale sau superioare soluţiei de 30/1000;

prin o *depresiune* pentru toate soluţiile coprinse între 30/1000 şi 1/50000;

B) la câne:

prin o *excitaţie*, cu mult mai intensă de cât aceia observată la inima epurelui, pentru soluţiile coprinse între 1/1000 şi 1/5000;

prin o *oprire*, complect reparabilă prin circulaţia lichidului normal, pentru soluţii egale mai superioare soluţiei de 60|1000;

printr'o *depresiune*, pentru soluţiile cari încep de la 1 la 40/1000;

4. Alcoolul etilic provoacă în lumina vaselor coronare ale inimei izolate de epure, schimbări, cari se rezumă ast-fel:

Vaso-dilataţie f. însemnată, pentru dozele excitante şi uşor deprimante.

Vaso-constricţie accentuată pentru dozele paralizante.

M. BOTEZ.

C. FOÀ. — **Cercetări asupra collargolului** (*Archives italiennes de Biologie* 21 Sept. 908). Autorul compilând părerile diferiţilor cercetători stabileşte, că din pricina impurităţilor şi numai din cauza mărimei granulelor, collargolul, care deci nu-i argint colloidal pur, are o putere catalitică inferioară argintului colloidal preparat după metoda lui Bredig, după cum are şi o acţiune fiziologică deosebită.

Din experienţele întreprinse pe câine şi epure conchide:

1. După o injecţie intravenoasă de collargol 0.25/00 în proporţie de aproape 1/100 din greutatea animalului, se observă o scoborâre mică şi trecătoare a temperaturei, urmată de o urcare de 2°—2° $^1/_2$ după 2—3 ore.

2. Presiunea şi viscozitatea sângelui nu se schimbă.

3. Dozele mici de collargol dau o rădicare de temperatură şi produc fosfaturie şi albuminurie uşoară.

4. Dozele mari produc fosfaturie abundentă, nefrită intensă cu cilindrurie şi ematurie, cari aduc în scurtă vreme moartea animalului.

5. O injecţie intravenoasă din soluţia fiziologică de clorură de sodiu, în aceleaşi proporţii ca şi collargolul nu aduce urcare de temperatură. **M. BOTEZ.**

C. FOÀ. — **Cercetări asupra argintului colloidal electric.** *(Archives italiennes de Biologie,* 21 Sept. 908). Colloidul a fost preparat după metoda lui Bredig prin acţiunea arcului voltaic sub apă distilată între doi electrozi de argint. Catodul se pulverizează sub formă de granule colloidale ultra-microscopice.

Din experienţele făcute pe câne s'a ajuns la următoarele concluzii:

1. Argintul colloidal electric cu granule mari (argint verde măsliniu) şi acel cu granule mijlocii (brun-verde), injectat în vine, produce o urcare, o temperatură la animal şi dă loc la nefrită şi albuminurie, niciodată la œdem pulmonar.

2. Argintul colloidal electric cu granule mici (brun-roşiatic) injectat în doze mici cotidiane (20 cm. c. la un câne de 6 kg.) e foarte bine tolerat şi nu dă albuminurie. La fie-care injecţie corespunde o urcare de temperatură de aproape un grad.

3. Argintul colloidal brun roşietic, injectat în proporţie de $1^0/_0$ din greutatea animalului, este mortal. Moartea survine prin œdem pulmonar acut.

Sângele ajunge foarte vâscos şi nu se coagulează de cât incomplect.

4. Făcând zilnic injecţii intravenoase de argint brun roşietic, şi începând prin doze joase, se poate, în 3—5 zile, să ajungem să facem să suporte un câne o doză mortală, şi chiar două.

5. E vorba, în acest caz de *adaptare* la colloid, şi nu *imunitate*; adică nu se formează antisubstanţa, căci sângele unui câne, care a putut suporta o doză de argint îndoită cât doza mortală, nu scapă un alt câne de acţiunea unei simple doze mortale.

(Adaptaţia se explică prin formarea la primele injecţii de complecşi coloidali, cari nu mai reacţionează formând aceiaşi complecşi cu dozele succesive sau nu reacţionează de loc). **M. BOTEZ.**

C. FRUGONI. — **Asupra raporturilor dintre pneumogastric şi funcţionarea renală.** *(Archives italiennes de Biologie* 21 Sept. 908*)*. După autor secţiunea bilaterală a pneumogastricilor sau nevrita lor produsă experimental imediat deasupra diafragmului la câni, n'au adus într'un răstimp oscilând între 2 şi 115 de zile, modificări speciale mici în compoziţia urinei nici în structura rinichilor.

Deci nu trebuie să privim ca exactă enunţarea, că pneumogastricul exercită o acţiune trofică asupra rinichilor. **M. BOTEZ.**

C. PADERI. — **Cum sunt absorbite substanţele proteice?** *(Archives italiennes de Biologie,* 21 Sept. 1908). După o serie de consideraţii asupra transforformărilor, pe cari le sufăr substanţele proteice înainte de a fi absorbite, Paderi crede probabil, că după cum hidraţii de cărbune nu sânt absorbiţi de cât după ce-au fost transformaţi în monosacharide şi mai cu seamă în glucoză; tot aşa şi subst. albuminoide sânt transformate în peptone prin pepsină şi trypsină şi din peptone în acizi amidaţi prin mijlocirea trypsinei şi erepsinei.

Apoi urmează o polimerizare a acizilor amidaţi luând naştere ast-fel polipeptide în stare de a fi folosite de ţesuturi pentru funcţiunile lor.

In sfârşit încearcă să ne prezinte o ipoteză, după care actul transformării acizilor amidaţi în polipeptide s'ar petrece în ficat.

In sprijinul acestei ipoteze aduce observaţiile clinice şi cercetările experimentale, după cari în atrofia galbină a ficatului şi în intoxicarea cu fosfor, când funcţiunea hepatică e grav compromisă, urea lipseşte aproape cu desăvârşire şi în locul ei apar acizii amidaţi.

Probabil — zice Paderi — o parte din acizii amidaţi sânt transformaţi în stare normală în uree; iar alta în albumină. M. BOTEZ

Igiena

P. ALBERTONI şi F. ROSSI, — **Bilanţul nutritiv al ţăranului din prov. Abruzzilor şi condiţiile lui fiziologice, psychologice şi economice.** (*Archives italiennes de Biologie,* 21 Sept. 1908). Autorii ne prezintă această lucrare ca premergătoare altora tot cu privire la importanta chestie a alimentaţiei.

Ei şi-au ales ca obiect de studiu ţăranul din prov. Abruzzilor prin faptul simplicităţei vieţei acestuia. Experienţele asupra alimentărei le-au făcut pe loc, lăsând familiile în condiţiile lor obişnuite de viaţă. Au experimentat cu trei famtlii făcând parte din trei situaţii economice deosebite, însă cu aceleaşi deprinderi.

Cea dintâi îşi încheie bilanţul economic anual cu perdere. A doua n'are de înregistrat nici o perdere. Şi a treia e mai cu stare, are chiar un petec de pământ.

Rezultatul cercetărilor au făcut pe autori să conchidă, că ţăranul din prov. Abruzzilor e unul din cei mai prost hrăniţi.

Şi iată pentru ce.

Pentru că atât din punct de vedere cantitativ cât şi calitativ alimentele lui erau neîndestulătoare. In primul rând sărăcia mare de albuminoide. Apoi grăsimi şi hidraţi de cărbune sub media trebuitoare. Pe lângă asta prea mare bogăţie a hidraţilor de cărbune în celuloză.

Media zilnică a numărului de calorii era de 2746.38 p. bărbat şi 2204.26 pentru femeie.

Prin urmare e daparte de a fi mulţămitoare această medie când ştim, ca în timpul marei munci agricole hrana unui lucrător agricol dă şi 5000 de calorii.

Dar insuficienţa nutritivă a ţăranului din prov. Abruzzilor e consfinţită prin slăbirea puterei lui de muncă, care putere — după cercetările autorilor — e în raport direct cu valoarea nutritivă.

E consfinţită de asemeni prin talia redusă şi prin perimetrul toracic micşorat.

Şi la toate astea se adaogă o straşnică înapoiere intelectuală, care se zugrăveşte pe însăşi faţa ţăranului.

După cum spun autorii tinereţa n'o mai găsim după 25 ani. Cu toate astea ţăranii din prov. Abruzzilor sânt blânzi şi au un respect nemărginit pentru stăpânul lor. M. BOTEZ

RUFUS COLES et A. BOND CECIL. — **Suflul diastolic axilar în insuficienţa aortică.** (*John Hopkins Hosp.* Bull. decemb., 1908.) In insuficienţa aortică întâlnim dese-ori un suflu diastolic care se aude în regiunea axilară stângă câtre vârf sau în afara lui. Nu este o simplă propagare a suflului diastolic de la bază, de oare-ce există o zonă de separaţie între regiunea suflului diastolic de la bază şi regiunea suflului axilar, zonă în care nu se aude nici un suflu.

DANIELOPOLU

W. OBRASTZOW.— **Asupra contracţiunei în doi timpi a ventriculului stâng şi semnele sale arteriale în insuficienţa aortică.** (*Berl Klin Woch, 1908, 22.*) In insuficienţa aortică s'ar auzi, la nivelul vârfului cordului sau puţin înăuntrul lui un prim sgomot dedublat care dă impresiunea unui galop. Este în realitate datorit, după O., faptului că ventriculul stâng se contractă în doi timpi (bisistolie) Primul sgomot ar fi datoril contracţiei de la început, cel de-al doilea contracţiei următoare, ambele fiind separate între ele printr'un interval de 3—5 sutimi dintr'o secundă.

Prin această contracţie în doi timpi s'ar explica „le choc en dôme" şi cele două unde ce se observă pe traseul vârfului cordului şi al carotidei în insuficienţa aortică.

DANIELOPOLU

FRANZ SCHRANK. — **Cercetări experimentale asupra acţiunei antagoniste a adrenalinei şi chlorurului de calciu.** (*Zeitschrift für klin. Med.* Bd. 67, H. 1—3) Autorul a cercetat dacă administrarea de chlorur de calciu are vre-o acţiune împiedicătoare asupra adrenalinei, în ce priveşte proprietatea sa mydriatică asupra ochiului de broască şi aceea de a provoca glycosurie şi arteriosclerosă la animale.

Autorul ajunge la concluzile următoare:

1. Inj. sub-cutană de chlorur de calciu împiedică glycosuria adrenalinică;
2. Acţiunea midriatică asupra ochiului de broască este întârziată;
3. Chlorurul de calciu n'are nici o acţiune împiedicătoare asupra proprietăţei adrenalinei de a provoca arterio-scleroza la animale după injecţiuni repetate.

DANIELOPOLU

CHARLES ESMEIN. — **Du ralentissement permanent ou temporaire du pouls par lésion intracardiaque.** Thése, Paris 1908, Steinheil. Intr'un prim capitol autorul discută care din cele două teorii emise asupra contracţiunei cordiace, ce neurogenă sau cea myogenă este cea mai aproape de adevăr.

Teoria myogenă susţinută în Anglia de Gaskel, în Germania de Engellmann, pare după Esmein cea mai verosimilă.

Haller în adevăr a demonstrat că cordul embrionului de pui începe a bate la o epocă în care sistemul nervos extra şi intra cardiac nu s'a desvoltat.

La adult, de asemenea, cordul separat de organism este capabil să se contract mult timp, cel puţin la animalele cu sânge rece. Atât această experienţă cât şi aceea a lui Friedenthal, care separă complect cordul de aparatul nervos cardiac secţionând rădăcina pneumogastricului, trunchiul pneumogastricului dedesuptul naşterei recurentului şi ridicând ambii ganglioni cervicali simpatici, superior şi inferior operaţie care permite ca cordul să continue a se contracta, arată că sistemul nervos *extra cardiac cel puţin* nu este indispensabil funcţionărei cordului.

Lucrul este mai greu de probat pentru sistemul nervos intra-cardiac. Engelmann, pentru a arăta că nici acest din urmă sistem nu este indispensabil pentru ca cordul să se contracte, taie un fragment de muşchiu în miocard în zig-zag, ceea-ce după autor distruge ori-ce continuitate nervoasă, şi probează că cu toată această operaţiune miocardul în întregime continuă să funcţioneze în mod normal. Dar se poate aduce obiecţia că poate să existe o reţea nervoasă intra-cardiacă, anastomozele numeroase servind să stabilească continuitatea nervoasă chiar în urma unei secţiuni în zig-zag.

Intr'un alt capitol studiază anatomia şi fiziologia fasciculului lui His a cărei leziune experimentală sau patologică dă naştere la sindromul lui Adams-Stokes.

Insistă puţin asupra lucrărilor lui Tawara, autorul care a studiat cel mai bine anatomia fasciei lui His şi a însemnătăţei reţelei de celule sub-endocardice Purkinje. Tawara a arătat prin secţiuni în serie de corduri de la diferite mamifere modul cum se continuă fibra musculară deosebită a fasciei lui His, la extremitatea superioară cu fibrele normale ale auriculului, la cea inferioară cu reţeaua de celule myocardice cu caracter embrionar numite celulele lui Purkinje cari şi ele se continuă cu fibra musculară ventriculară.

Ca forme clinice Esmein descrie:

1. forma clasică a pulsului lent permanent;
2. forme atipice:
   a) pulsul lent fiziologic;
   b) pulsul lent congenital;
   c) pulsul lent paroxistic.

Autorul studiază în urmă leziunile cari pot provoca, prin întreruperea complectă sau incomplectă a fasciei lui His, sindromul de disociaţie atrioventriculară complectă sau incomplectă (blocquage du coeur, Herzblock al germanilor).

In capitolul diagnostic, insistă asupra diagnosticului diferenţial cu:

1. *Falsele bradycardii* (pulsul intermitent al cardiacilor, în cazul în care oari-cari contracţii ale cordului nu se transmit la radială; rimul couplat şi pulsul alternant, în cari a doua pulsaţie une-ori este prea slabă pentru a fi percepută la radială.

2. Bradycardia datorită unei alte leziuni de cât aceea a fasciei lui His (forma nemogenă de exemplu).

3. Bradycardia uremică, digitalică, icterică.

La sfârşitul tezei, după ce rezumează observaţiile cunoscute până în acel moment de sindrom Stokes-Adam prin leziune a fasciei lui His, expune mai pe larg 9 observaţiuni personale foarte interesante, din cari câte-va însoţite de phlebo şi cardiograme cari arată net disociaţia atrioventriculară. DANIELOPOLU

Neurologie

GRASSET et RIMBAUD. — **Un caz de paraphasie, Ramollisement de la première circomvolution temporale gauche.** *(Revue Neurologique,* No. 12. 1908). Observaţiunea unui caz de parafazie fără surditate verbală, fără cecitate verbală nici agrafie. Examenul anatomico-patologic arată un focar de ramolisment la nivelul locului de unire a celor 3 sferturi anterioare cu cel posterior. In alte regiuni cerebrale existau încă leziuni microscopice aşa la nivelul frontalei a III-a există mai ales leziuni vasculare.

Important în acest caz e absenţa surdităţei verbale. C. PARHON.

GEORGES GUILLAIN, ROCHON DROVIGNEAUD et J. TROISIER. — **Le signe d'Agyll-Robertson dans les lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral.** *(Revue Neurologique.* No. 8, 1909). Două cazuri de leziuni pedunculare — unul prin ramolisment, altul prin traumatism — în cari bolnavii pe lângă hemiplegia şi oftalmoplegia externă obicinuită prezintă şi semnul lui Argyll. De şi acest semn e aproape în totdeauna în funcţiune de sifilis, cazurile acestea probează că se poate întâmpla şi contrariul. In plus ele indică sediul peduncular al leziunilor ce determină acest simpton. Probabil că în sifilis leziunile ce-l determină sunt tot pedunculare sau în regiunea suprajacentă.

C. PARHON.

H. MUCH. — **Ein Reaktion in Blute von Geisteskranken.** (O reacţiune în sângele alienaţilor). *(Münchener med. Woch.* 18 Mai 1909). Veninul de Cobra are o acţiune dizolvantă asupra globulelor roşii spălate şi puse într'o soluţie izotonică de clorur de sodiu. Dacă se adaugă ser normal sau din diferite cazuri de alienaţie mentală exceptând psihoza maniaco-depresivă, demenţa precoce şi epilepsia cu turburări afective periodice, hemoliza nu e împedicată. Din contră, serul din aceste trei stări psihopatologice împiedecă hemoliza.

Dar nu numai serul bolnavilor ci şi a celor normali din familia lor are această acţiune ceea-ce e de natură să confirme existenţa unei predispoziţiuni familiale.

Autorul se gândeşte că substanţa ce împedică hemoliza şi prezentă în sânge în cazurile citate ar putea fi colesterina. Dar nu poate să fie afirmativ.

C. PARHON.

MAC CALLUM and CARL VOEGHLIN. — **On the relation of tetany to the parathyroid'glands and to calcium metabolism.** (Relaţiunile tetaniei cu glandele paratiroide şi cu metabolismul calcelui). *(Journal of experimental medicine.* No. 1. 1909. După ce trece în revistă faptele ce permit a stabili un raport între fenomenele convulsive şi turburări în metabolismul calciului, autorul raportează propriile sale cercetări.

Rezultă din ele că animalele cu tetania experimentală prin ablaţiunea aparatului tiroporatiroidian e calmată prin administrarea sărurilor de calciu (rezultate ce concordă cu acelea ce am făcut cu însumi împreună cu Urechie).

Pe de altă parte autorul găseşte că în sângele şi centrii nervoşi ai animalelor cu tetania experimentală ast-fel provocată calcele e scăzut în mod însemnat. Din contra eliminarea lui prin materiile fecale şi urină e exagerată. De asemenea amoniacul urinar şi azotul total se elimină în mai mare cantitate ca la animalele normale. Din acest punct de vedere schimburile nutritive în insuficienţa paratiroidiană sunt opuse celor din insuficienţa tiroidiană.

Tetania prin insuficienţa paratiroidiană ar fi deci datorită unei iperexcitabilităţi a celulei nervoase produsă prin pierderea sărurilor de calciu cari au din contră un rol sedativ.

C. PARHON.

F. MASAY. — **L'hypophyse. Etude de physiologie pathologique** *(Thèse de Bruxelles* 1908). (Editura Charles Bulens. 75. Rue Terre Neure 75). O lucrare interesantă mai ales prin metoda nouă a citotoxinelor specifice întrebuinţată de autor în studiul fiziologiei ipofizei. Autorul triturează ipofisa de câine în 2 c. m. cubi de apă fiziologică. (Câinele e sacrificat prin decapitare fără anestezie prealabilă şi ipofiza extrasă imediat). Prima injecţie e de o ipofisă (injecţii intraperitoneale), dozele ulterioare erau ceva mai mari fără a trece peste 2 ipofise. In genere a procedat astfel: prima zi o injecţie de o ipofisă de câine la un cobai de cel puţin 600 grame, a treia zi o altă injecţie identică. Tot astfel a 5-a şi a 7-a zi. A 9-a zi injectează 2 glande iar a 11-a zi sângerează animalul. La epure injectează în genere în total 12 ipofise în 6 rânduri.

Cantitatea de ser citotoxic injectată la câine a fost de 3—10 cm. pentru o dată. In genere a făcut 3 injecţiuni la intervale de 2—3 săptămâni.

Pe baza cercetărilor sale şi în special a celor făcute cu metoda de mai sus autorul conchide următoarele:

I. *Din punct de vedere anatomic* e de remarcat 1. subţiimea păretelui vaselor ipofisei ceea-ce face să se înţeleagă uşor pătrunderea în sânge a produsului de secreţiune 2. Unitatea diferitelor tipuri cromofobe şi cromofile de celule. 3. prezenţa de rare fibre nervoase (cu metoda lui Cajal) printre celulele glandulare.

II. *Din punct de vedere fiziologic* ipofisa are o acţiune indiscutabilă asupra presiunei sanguine, acţiune ce revine pe cât se pare mai cu seamă foiţei posterioare lobului anterior. Ipofisa nu poate suplini funcţiunea tiroidiană. Rolul antitoxic al ipofizei nu e bine stabilit deşi glanda reacţionează în mod viu la cele mai multe intoxicaţiuni.

Serul preparat de autor are o acţiune specifică asupra ipofisei precum o demonstră examenele histologice.

Injecţiunea lui la câini determină un complex de simptome a căror analogie cu cele observate în urma hipofisectomiei şi constatarea la aceste animale de leziuni ipofisare constante permite a crede că autorul a determinat o adevărată cachexie ipofisiprivă (simptomele constau în 1. Slăbire datorită regresiunei musculare şi disparițiunei gradate a paniculului adipos chiar când alimentaţia rămâne bună. 2. Slăbire musculare. 3. Pareza jumătăţei posterioare a corpului, curbura spatelui, mers plantigrad cu membrele depărtate. 4. Modificarea scheletului (rarefacţia oaselor, tumefacţia epifiselor, diformaţiuni variate).

III. *Din punct de vedere patologic.* Acromegalia e legată de o turburare a funcţiunei ipofisare, turburare specială nu ori-care ar fi. Compararea acromegaliei cu insuficienţa ipofisară a câinelui permite o apropiere interesantă dar nu identificarea lor.

C. PARHON.

KAST şi S. I. MELTZER (New-York). — **Sensibilitatea organelor abdominale.** *(Grenzgebieten der Medizin und chirurgie).* Organele abdominale de la câini fiind cercetate prin o mică deschizătură în păretele abdominal asupra sensaţiei de durere, au dus la rezultatul că ori-ce insulte asupra lor sânt dureroase chiar şi în cazul când organul este de curând scos din cavitatea abdominală.

Inflamaţiele măresc în mod vădit senzaţiele de durere a organelor abdominale ale câinelui.

Laparatomia micşorează acţiunea motorică a tractului gastro-intestinal. Micşorarea motilităţei şi a sensibilităţei constă în un reflex de natură centrală şi care se poate întinde şi asupra altor centre. La animale slăbite şi la proceduri mai îndelungate reflexele sensibile se pot întinde chiar şi asupra centrelor vitale a măduvei prelungite şi duce adese la un chock mortal. După observaţiele căpătate până în prezent la operaţiele abdominale nu se poate susţinea că organele abdominale ale omului normal nu posedă fase nervoase cu sensaţii dureroase. Până când ni se va aduce o explicaţie sigură că inervaţia sensibilă a organelor abdominale se deosebeşte de aceia a celorlalte animale trebue să se adopte ideia, că după cum la animale aşa şi la om, organele abdominale îşi au fibrele nervoase a lor proprii şi că sensibilitatea acestor organe ca şi la animale prin inflamaţii este vădit mărită. Această părere desluşeşte în mod destul de simplu provenienţa feluritelor intensive dureri în cavitatea abdominală humană. **DR. GRIGORIU CRISTEA**

Dr. CARRARO. — **Asupra transplantaţiei glandulei thyreoidea în diferite organe.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie).* Glandula thyreoidea de la epuri se poate transplanta cu uşurinţă şi cu rezultat satisfăcător la un alt animal de acciaşi specie dacă transplantaţia fu efectuată în stratul subcutan (Unterhandbindegewebe), de asemenea şi cavitatea peritoneală fu constatată ca un loc de implantaţie favorabil.

Transplantaţia în splină nu dă rezultate atât de sigure ca implantaţia în organele mai sus citate. Maiul şi măduva oaselor sânt foarte nefavorabile pentru menţinerea glandulei thyreoidea. Transplantaţia este cu atât mai satisfăcătoare cu cât evitarea de hemoragii în locul de inplantat este mai deplină. Dacă transplantaţia se face cu tot, cu capsula glandulei thyreoidee se observă că foliculi glandulari în apropierea capsulei sânt mai bine conservaţi ca cei mai îndepărtaţi.

Se obţine rezultatele cele mai satisfăcătoare dacă implantaţia are loc în stratul subcutan şi glandula implantată este tăiată în plăci subţiri, condiţional numai că o suprafaţă a acestor plăci implantate să fie acoperită încă de capsula fibroasă a glandei.

DR. GRIGORIU C.

Dr. LOSSEN. — **Asupra tratamentului inflamaţielor acute cu metoda lui Bier.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Metoda lui Bier (die Biersche Staung) dă rezultate eficace în tratamentul proceselor tuberculoase, gonorrhoice şi în supuraţii acute. Indicată este la Fungus ce nu prezintă caractere şi predispoziţia spre necrosă şi exulcerare (für Erweichung) nefiind chiar nevoe de o incizie; apoi la procesele gonorrhoice şi la inflamaţii acute. Special influenţează favorabil sugerea şi stasa [Saugbehandlung und Staung] la: Periproktită, abscesus paraurethralis, la furuncule şi carbuscule ale capului şi a regiunei cervicale, la parulis, la supuraţii ale articulaţiilor şi a tendoanelor [Tendovaginstis symratira], la bursitis phlegmonosa la fistule, la fistulae biliare [Gallenfistelsa], la mastitis. la inflamaţii cu tendinţa spre necrosă [Erweichung].

Dr. ERNST VENUS. — **Tratamentul operativ a tumorilor hypophysei.** *(Centralblatt für grengebiete der Chirurgie und Medizin).* Tumori a hypophysei după rezultatele căpătate în timpul din urmă aparţin între tumorile operabile, rezultatele operative căpătate sânt foarte satisfăcătoare. Asupra rezultatelor căpătate de Horsley's din lipsa unei dări de seamă mai amănunţite nu se poate şti. Până în prezent există 6 publicaţiuni asupra tumori a hypophysei operate: Schloffer (1 caz) Hochenegg (1 caz), v. Eiselsberg (3 cazuri), Borchard (1 caz). Dintre aceste 5 cazuri suportară cu succes operaţia şi unul muri în urma unei meningite foudroyante. Şi la acest din urmă caz rezultatul nu ar fi fost letal dacă după cum se exprimă v. Eiselsberg s'ar fi aşteptat vindecarea complectă a guturaiului de care pacienta suferea. Deşi în cele 5 cazuri operate cu succes hypophysa fu complect extirpată numai în un singur caz (Hochenegg), rezultatele obţinute în celelalte 4 cazuri sânt destul de bune, de oare-ce între altele durerile de cap îngrozitoare dispărură şi pacienţii fură iarăşi bucuroşi de viaţă. Probabil că în cazurile unde operaţia nu fu făcută radical după părerea lui Schloffer. Imbunătăţirea stărei pacientului se datoreşte micşorărei presiunei intracraniene cauzată nu numai prin trepanarea şelei turcice dar şi prin micşorarea tumoarei însuşi. Cât priveşte de metoda întrebuinţată cea mai raţională este aceea a lui Schloffer: metoda nasală ale cărei rezultate sânt destul de satisfăcătoare.

Deosebită inportanţă prezintă cazul lui Hochenegg ce arată întâi influenţa tumorului hypophysei asupra desvoltărei akromegaliei şi al doilea este primul ce au arătat singurul drum posibil în tratamentul akromegaliei. **DR. GRIGORIU C.**

A. ALBU (Berlin). — **Asupra izolărei intestinului subţire şi acelui gros.** *(Mitteilungen aus der grenzgebieten der Medizin und Chirurgie).* De oare-ce desvoltarea chirurgiei abdominale este aşa de înaintată în cât intestinul subţire şi intestinul gros sânt izolate aproape în întregimea lor din tubul digestiv fie prin extirpaţie sau prin enteroanastomose, este întrebarea întru cât aceste organe sunt necesare digestiei şi nutriţiei. Experienţele la animale dau rezultatul următor: Izolarea intestinului subţire avu de efect iscarea de diarrhoe profuse atât de grave că animalele (câini) după câteve săptămâni muriră; chiar păstrarea integrităţei duodenului nu putu înpedeca această stare. O hypertrophie a peretelui intestinului gros nu fu observată: deci intestinul subţire este un organ capital al organismului atât pentru digestie cât şi pentru nutriţie şi nu poate fi înlocuit nici de stomach nici de intestinul gros.

Diarrhoele cauzate sânt datorite trecerei ne bine încă pregătite a chymusului în intestinul gros în care se dezvoltă o inflamaţie mai grea sau mai uşoară. Intestinul gros aste un organ de digestie şi absorbiţie de o ordine mai înapoiată. Intestinului gros i se atribue în stare normală digerarea celulosei, a cărei resorbiţie din cauza lipsei de fermente o efectuiază cu ajutorul florei de bacterii. Celulosa formează partea principală în alimentele vegetale. Ar trebui ca animalele sau oamenii cărora intestinul gros este extirpat să fie nutriţi numai cu alimente absolut fără celulosă, această cerinţă este cam greu de aplicat. Izolarea complectă sau aproape în toată întregimea intestinului subţire este din punct de vedere physiologic nepermis. Izolarea intestinului gros poate fi permisă numai în cazul unde se crede cu siguranţă că cel puţin o porţiune de intestin din punct de vedere anatomic sănătos şi de o lungime minimă de 30 cm. lungime este păstrată. Dar chiar şi în acest caz trebue a considera nu ca o operaţie de alegere (operation der Wahl) ci ca o operaţie de nevoe, căci la izolarea intestinului gros pe o întindere mai mare aproape constant se iveşte deranjări de digestie şi absorbiţie.

Resecţiunea unei porţiuni din intestinul subţire sau intestinul gros ce întrece mai mult de 1/3 sau chiar jumătate din organ este unită cu primejdia unei desvoltări ireparabile a unei deranjări de digerare şi resorbiţie; numai o indicaţie strictă vitală poate permite o izolare aproape totală a intestinului gros.

Patologia generală

G. GUERRINI. — **Asupra modului de comportare a celulei hepatice în jurul sediului unei răni.** *(Archives italiennes de Biologie,* 21 Sept. 908). Propriu zis cercetările autorului privesc modul de comportare a granulelor din celulele parenchymului hepatic, cari celule au un raport oare-care cu rana parenchymatoasă.

Animalele de experienţă au fost *rana esculenta* şi *rana temporaria.*

După ce s'a pus în evidenţă ficatul prin o incizie longitudinală a păretelui abdominal; s'au făcut înţepături cu ace de diferite mărimi în toată grosimea ficatului. S'a procedat apoi la sutura păretelui abdominal.

La intervale diverse s'au sacrificat animalele şi s'a analizat parenchymul tepatic. In general s'a constatat, că în jurul leziunei e o zonă de celule, din cari o parte nu funcţionează de loc; iar alta e în stare de hypofuncţionare. Prima parte predomină în vecinătatea imediată a lezlunei. Cu cât însă ne îndreptăm spre zonele distale cu atât celulele se apropie tot mai mult de forma normală. Şi în cele din urmă nu întâlnim de cât celule normale.

Cu învechirea leziunei, elementele, cari nu funcţionează descresc încetul cu încetul; dar chiar leziunile compensate au aureolă de celule în stare de hypo-funcţionare.

In aceste din urmă se văd fapte, cari indică o dezordine secretorie. Se văd granule, cari nu au sediul şi dispoziţia predominantă în celula hepatică normală. Se întâlnesc granule fuzionate în mase şi picături şi granule în metachromism evident.

Autorul, după ce constată, că a stabilit faptul principal, anume că în jurul sediului leziunei există mult timp o zonă de hypofuncţiune; se întreabă: cum reacţionează celulele zonei de hypofuncţiune faţă de cauzele, cari reprezintă un stimulus funcţional pentru celulele normale?

In celulele normale la un stimulus funcţional are loc o mărire a granulelor, expunătoare morfologică a secreţiei.

In focarele de hypo-funcţiune periferice leziunei nu ajungem nici odată să producem o mărire a secreţiei ori-care ar fi substanţa injectată.

Tabloul fenomenologic rămâne absolut acelaş: celule întregi în ceea-ce priveşte protoplasma; lipsite însă, [illegible] ot cazul, sărace în elemente secretorii.

M. BOTEZ

ERNST KRENCKER. — **Typhusagglutination bei Tuberkulose.** (Aglutinarea bacilului tific în tuberculoză) *Münchener medizinische Wochenschrift,* 18 Mai, 1909. In clinica lui Cahn, la Strassburg, Krencker a găsit în 26 cazuri de tuberculoză, la cari anamneza era absolut negativă în ceea ce priveşte febra tifoidă, de 6 ori o aglutinare positivă faţă de bacilii tifici, odată faţă de paratificul A şi de paratificul B. Aglutinarea e socotită positivă numai în proporţie de 1000.

Bredow în teza sa susţinută la Würzburg în 1908 a găsit în 2 cazuri de tuberculoză miliară şi într'un caz de tuberculoză pulmonară şi intestinală aglutinarea positivă 1.100. In toate aceste cazuri pozitive, afecţia pulmonară era bine pronunţată — Krencker se întreabă dacă gravitatea complicaţiilor intestinale nu joacă un rol în producerea fenomenului, persistând bacililor tifici cari parazitează intestinul să treacă graţie ulceraţiilor intestinale în circulaţie şi să dea naştere la aglutinine tifice.

Ori care ar fi explicaţia fenomenului, rămâne însă faptul că la tuberculoşi aglutinarea poate fi pozitivă faţă de bacili tifici, aşa încât, serodiagnosticul în cazurile dubioase, când se ezită însă febra tifoidă şi tuberculoză miliară nu dă concluzii sigure şi trebue să fie coroborat şi de celelalte simptome.

S. IRIMESCU

JOH. v. SZABOKY. — **Agglutinationsversuche bei Tuberkulose.** (Incercările de aglutinare în tuberculoză) *Zeitschrift für Tuberkulose*, Mai 1909. Autorul s'a servit pentru aglutinare de metoda indicată de Koch: 0,1 c. c. bacili sfărâmaţi sunt emulsionaţi cu 50 c. c. soluţie de acid fenic 0.5$^0/_0$ şi cu 50 c. c. soluţie fiziologică de sare 0.85$^0/_0$. După mai multe centrifugări se obţine o emulsie, a cărei diluţie e de 1: 1000. Inaintea întrebuinţării e diluată de zece ori.

Din 15 indivizi cari nu erau tuberculoşi, aglutinarea a fost positivă la 5, dar cel mult 1:25. Autorul se ralieează la opinia lui Iessen care admite că numai atunci când aglutinarea e mai mare de cât 1:25 îi se poate acorda o oarecare valoare.

Din 11 suspecţi, la 5 la cari probele cu tuberculină subcutanată şi ocular au fost pozitive, aglutinarea pronunţată; deci 3 cu reacţii negative cu tuberculinele aglutinare slabă până la 1:25.

Din 117 cazuri cu diagnostic sigur — examenul sputei, experienţa pe animale, necropsia sau probele cu tuberculine — numai 10 cu aglutinare negativă. La 91.5$^0/_0$ din cazuri aglutinare a fost deci pozitivă şi în proporţie destul de ridicată, în 28 cazuri 1.100.

Serul bolnavilor în gradul I al boalei n'a aglutinat la 10$^0/_0$ din cazuri; cel al bolnavilor în gradul II şi III n'a aglutinat la 1.4$^0/_0$ din cazuri. Serul bolnavilor în stadiul II sau III al boalei, aglutinează mai tare de cât serul tuberculoşilor în stadiul I.

Autorul crede că poate să acorde şi o oare-care valoare pronostică aglutinărei şi crede că o aglutinare pronunţată se observă la cazurile cu pronostic defavorabil. Scoborârea rapidă a gradului de aglutinare, fără cauză bine de determinată, precum şi aglutinarea slabă la cazurile înaintate, înseamnă că pronosticul e defavorabil.

In ceea ce priveşte valoarea aglutinărei pentru diagnosticul varietăţei de tuberculoză, dacă era datorită bacilului uman sau bovin, autorul nici prin aglutinarea făcută cu serul bolnavilor, nici experimental cu serul animalelor injectate cu bacili umani sau bovini n'a ajuns la rezultate sigure.

La bolnavii trataţi cu tuberculina veche a lui Koch, cu vaccinul lui Spengler sau cu serul lui Marmoreck aglutinarea a crescut şi nu numai la bolnavii amelioraţi, dar şi la ceilalţi. Ca şi pentru opsonine imediat după injecţia cu tuberculină aglutinarea scade ca să se urce apoi sensibil în zilele următoare.

S. IRIMESCU

B. DEMBINSKI. — **Ueber die Klinische Bedeutung der Calmetteschen Reaktion.** (Asupra importanţei clinice a reacţiei lui Calmette). *Zeitschrift für Tuberkulose*, Mai 1909. Revistă generală asupra oftalmo-reacţiei. Revăzând materialul enorm adunat asupra acestui punct, Dembinski ajunge la concluziile următoare:

1) La tuberculoşii cu diagnostic singur oftalmo-reacţia se observă în 90% din cazuri. Cei 10%, la cari reacţia nu se produce sunt: bolnavi în stadiul de marasm al boalei, bolnavii cu meningită tuberculoasă şi cu tuberculoză miliară şi în fine câteodată cei cu modificări fibroase ale leziunilor tuberculoase.

2) La bolnavii suspecţi, oftalmo-reacţia se observă în 55% din cazuri; puţinele autopsii făcute la aceşti bolnavi confirmă valoarea oftalmo-reacţiunei ca mijloc de diagnostic al tuberculozei.

3) La bolnavii, cari cliniceşte nu prezintă simptome de tuberculoză, oftalmo-reacţia e pozitivă la 20% din cazuri. Autopsiile confirmă în majoritatea cazurilor (62 din 66 cazuri) că în cazurile acestea existau focare tuberculoase latente. Printre bolnavii, cari nu erau tuberculoşi, dar cari au avut oftalmo-reacţia pozitivă sunt mai cu deosebire bolnavii de febră tifoidă şi de rheumatism. Din cauza lipsei de necropsii nu se poate şti dacă şi la aceştia nu se găseau focare latente de tuberculoză.

In ceea ce priveşte valoarea diagnostică a oftalmo-reacţiei Dembinski ajunge aproape la aceleaşi concluzi ca Wolff-Eissner: intensitatea reacţiei în raport invers cu gradul leziunilor, cu atât mai pronunţată cu cât leziunea e mai puţin înaintată. După Dembinski caracterul general al reacţiunei e mai important de cât intensitatea sa. In cazurile puţin înaintate cu tendinţa spre vindecare, reacţia poate fi mai mult sau mai puţin intensă, inflamaţia e însă puternică, conjunctiva e foarte iperemiată pe o mare întindere. In cazurile de tuberculoză înaintată, când organismul e puţin rezistent reacţia poate să fie intensă, să ocupe toată conjunctiva, roşaţa şi iperemia sunt însă slabe şi întreaga reacţie are un caracter atonic.

Asupra complicaţiilor produse în urma oftalmo-reacţiei Dembinski arată după datele culese cât sunt de rare. Inflamaţiile prelungite ale conjunctivei, ulceraţi ale corneei, iritele, irido-ciclitele, choroiditele se produc într'un foarte mic număr de casuri. Din cele 100.000 cazuri de oftalmo-reacţie observate în spitalele din Paris, Lapersonne raportează, că nu s'au produs de cât 10—12 complicaţii mai grave.

S. IRIMESCU

Pediatrie

MOLL. — **Ueber das Verhalten des jugendlichen Organismus gegen artfremdes Eiweiss u. über seine Fähigkeit Antikörper zu bilden.** (Modul cum se comportă organizmul tânăr faţă de o albumină străină, şi proprietatea acestui organism de a forma anticorpuri). *(Jahrb. f. Kinderh.* Iulie 1908. Dintr'un foarte lung studiu experimental autorul extrage următoarele concluzii: în privinţa formărei de anticorpuri în contra unei albumine streine (adică de altă specie) există o diferinţă fundamentală între organizmul tânăr şi organizmul adult, diferinţă care rezultă dintr'o mai mare rezistenţă naturală a organizmului tânăr în contra albuminei străine. Organizmul tânăr reacţionează mai slab fiind-că este mai puţin alterat de aceiaşi doză toxică şi prin urmare n'are nevoe de a reacţiona în contra otrăvei în mod atât de intens ca adultul.

Aceste concluzii arată pe de o parte că cercetările făcute la animalul adult trebuesc verificate la animalul tânăr şi că nu se poate trage concluzii de la unul la altul.

Ele mai arată că s'a exagerat foarte mult în timpurile din urmă importanţa speciei de albumină (de aceiaş specie sau de altă specie) în chestiunea alimentaţiunei artificiale. Unii autori au invocat diferinţa de specie a albuminei pentru a explica inferioritatea alimentaţiunei artificiale, şi unele turburări observate la copiii alimentaţi artificial.

Experienţele lui Moll infirmă până la un oare-care punct, această ipoteză.

Dintr'o altă serie de cercetări relative la producerea de anticorpuri în contra bacteriilor, rezultă că organizmul tânăr răspunde la o excitaţie de intensitate egală sau superioară printr'o producere de anticorpuri mult mai puţin intensă ca adultul.

GRIGORE JACOBSON.

NAGEL. — **Der physikalische Nachweis vergrösster Bronchial u. Mediastinaldrüsen** (semnele fizice ale ganglionilor bronchiali şi mediastinali). *(Iahrb. f. Kinderh* Iulie 1908.) Revistă generală a semnelor fizice ale adenopatiei tracheobronşice. De remarcat că în bibliografie nu se găseşte citat nici un autor francez! Autorul insistă asupra rezultatelor ce s'ar putea obţine din percuţiunea coloanei vertebrale. Nu posedă cazuri urmate de autopsie (?) dar produce 2 experienţe de injecţiuni de ceară la cadavre de copii, în cari matitatea era manifestă.

GRIGORE JACOBSON.

FERRRARIS-WYSS. — **Der Rheumatismus als Nachkrankheit der Chorea minor** (Rheumatismul ca complicaţie a choreei). *(Iahrb. f. Kinderh.* Iulie 1908). Bazându-se pe 51 observaţiuni personale autorul susţine după mulţi alţii relaţiunile între chorea şi rheumatismul. GRIGORE JACOBSON.

HUTINEL et RIVET. — **Septicémies graves au cours des affections cutanées des jeunes enfants.** *(Arch. de Med. des Enf.* Ian. 1909). Autorii studiează accidentele grave cari survin une-ori în mod subit la copiii atinşi de afecţiuni cutanate întinse ca impetigo şi eczeme. Se ştie că aceste accidente de obicei febrile, totdeauna evoluând sub formă de fenomene de collapsus, au fost atribuite din vechime tratamentului prea activ. Se admitea că un tratament intensiv al afecţiunei de piele poate provoca o metastază a principiului nociv pe viscere, determinând accidente grave, adesea ori mortale.

Autorii observă că aceste accidente nu succedă fatalmente tratamentului şi citează observaţiuni în cari s'au produs imediat după admiterea copiilor în spital, când nu se aplicase încă nici un tratament activ.

Cele-lalte teorii, *teoria toxică* (care consideră accidentele ca consecutive supresiunei unui emunctor natural) *teoria myocardică* lui Bernheim-Karrer. *teoria stărei lymfatice*, sau nu sunt de ajuns demonstrate, sau nu explică nimic, Singura teorie bine stabilită e *teoria infecţioasă:* autorii arată că în majoritatea cazurilor s'a putut dovedi prezenţa în sânge de pyogeni (streptococi sau stafilococi sau anaerobii). Ast-fel că e vorba probabil de fenomene de infecţiune cu punct de plecare în leziunile cutanate. De oare-ce aceşti copiii cu porţi de intrare deschise în permanenţă, sunt supuşi la infecţiuni repetate, autorii emit ipoteza că poate acuitatea simptomelor ar fi datorită unor fenomene de *anafilaxie.* Ca rezultat practic, se impune necesitatea de a considera afecţiunile cutanate în cauză ca adevărate plăgi chirurgicale şi de a le trata cu acelaş lux de precauţiuni care e considerat azi ca indispensabil în tratamentul plăgilor chirurgicale. GRIGORE JACOBSON.

LION et MOREAU. — **Diabète infantile familial.** *Arch. de Med. des Enf.* Ian. 1909. Revistă generală cu 29 observaţiuni culese din literatură şi un caz personal. E vorba de unele cazuri de diabet cari se dezvoltă la mai mulţi copii născuţi din aceiaşi părinţi.

Diabetul infantil familial se observă de obiceiu între 8 şi 12 ani — nici o dată sub 1 an. Hereditatea e une-ori de origină paternelă, alte ori de origină maternelă — une-ori părinţii sunt indemni: un unchiu sau o mătuşă sunt diabetici. Se observă câte odată antecedente de tuberculoză sau de sifilis în familie, şi foarte adesea-ori antecedente nevropatice sau artritice.

Simptomatologia e cunoscută. Polyuria şi polydipsia sunt fenomenele capitale. Une-ori însă sunt puţin apreciabile şi fenomenul care atrage atenţia e polakiuria nocturnă.

Zachărul se poate găsi în cantitate considerabilă (360 gr., 276 gr., 900 gr. în 24 ore!) şi copilul urinează 4 până la 8 litri pe zi. Prezenţa acetonului e relativ precoce şi fără semnificare gravă imediată; din contra prezenţa acidului diacetic indică un prognostic foarte grav,

Moartea este terminaţia obicinuită. Vindecarea este excepţională şi chiar cazurile de vindecare sunt discutabile.

Tratamentul n'a dat nici un rezultat. CRIGORE JACOBSON.

MOUSSOUS et CARLES. — **Sur un caz d'atrophie musculaire progressive de l'enfance, type Aran-Duchenne, d'origine myopathique probable.** *Arch. de med. de Enf. Ian. 1909.* Un foarte interesant caz de atrofie musculară, tip Aran Duchenne, pe care autorul îl consideră ca de origină myopatică sprijinindu-se pe următoarele semne: vârstă (10 ani), evoluţie lentă, lipsă de contracţiuni fibrilare şi conservaţia cantitativă a reacţiunilor electrice proporţional cu atrofia musculară şi fără modificaţii calitative. Şi mai cu seamă lipsa complectă a reacţiunei de degenerescenţă, chiar parţială.

Se mai nota: lipsa de dureri şi chiar de furnicături la mâini, conservaţia sensibilităţei sub toate formele şi integritatea sfincterilor. Lichid cefalo-rachidian absolut normal. GRIGORE JACOBSON

SARGNON, BOULLOCHE et ROBERT. — **Angine pseudo-membraneuse et laryngite non diphtétriques — sténose laryngée — Laryngotomie. Soudure cricoïdienne et atrophie laryngienne. Mort au seizième jour par hypertrophie du thymus.** *Arch. de Med. des Enf.* Ian. 1909.

Idiotie amaurotique familiale revistă generală *Arch. de Med. des Enf.* Ian. 1909. G. J.

WEILL et MOURIQUAND. — **La conjonctivite diphterique postrubéolique.** *Arch. de med. des Enf,* febr. 1909. Din această lucrare sprijinită pe 5 observaţii personale, autorii trag următoarele concluzii :

a) In afară de conjunctivita difterică clasică relativ benignă, graţie serului; mai există o altă formă de conjunctivită difterică foarte gravă.

b) Aceasta apare în cursul pojarului sau puţin după sfârşitul erupţiei, este une ori primitivă şi se desvoltă foarte repede.

c) Cliniceşte ea se caracterizează printr'un œdem enorm al pleoapelor atingând une ori volumul unui ou de găină, prin desvoltarea de falşe membrane pe conjunctiva palpebrală şi bulbară, prin infiltraţia, ulceraţia şi perforaţia precoce a corneei cu expulzarea cristalinului şi a mediilor oculare.

d) Din punctul de vedere prognostic se pot deosebi două forme: 1) *forma tardivă* survenind de la 10 până la 30 zile după erupţie. Cornea este adesea ori atinsă dar moartea e excepţională. Restituto ad integrum în 30$^0/_0$ a cazurilor. Seroterapia are puţină acţiune asupra mersului leziunelor, 2) *forma precoce*, excepţional de gravă. Apare în plină erupţie sau la sfârşitul erupţiei. Ea prezintă o evoluţie inexorabilă spre perforaţia corneei şi spre moarte şi rezistă în mod constant la ori-ce tratament fie seroterapic fie de altă natură.

GRIGORE JACOBSON

UNGAR. — **Zur Lehre von der Lungenatelektase.** (Despre atelectasia pulmonară). *Jahrb. f. Kinderh.* mai 1909. E vorba de o critică a concluziunelor articolului lui Peiser asupra acestui subiect.

G. J.

BECK. — **Die Behandlung der Cholera Infantum mit Mohrrüben Suppe.** (Tratamentul cholerei infantile cu supa de morcovi). *Jahrb. f. Kinderh.* Mai 1909. Supa de morcovi a fost întrebuinţată mai întâiu de Moro în anul 1907.

Ea se prepară în modul următor: 0 $^1/_2$ kil. morcovi sunt curăţaţi, reduşi în bucăţele mici şi fierţi în apă 1 până la 2 ore. Pe urmă, aceste carote fierte sunt trecute printr'o sită şi amestecate cu un bulion de carne ($^1/_2$ kil. carne de vacă pentru 1 litru apă). Se mai adaogă 1 linguriţă sare.

Această supă de morcovi care, precum se vede, diferă foarte mult de supa de legume a autorilor francezi a dat în tratamentul gastroenteritelor coleriforme foarte frumoase rezultate, după cum reiese din observaţiunile lui Beck.

Scaunele eliminate de copii supuşi la această dietă sunt semiconsistente, de coloraţie roşie, aproape inodore; ele conţin puţine bacterii şi aproape numai specii grampozitive.

Se observă uneori œdeme cari dispar când se întrerupe supa.

Uneori se observă o coloraţie galbenă a pielei copiilor, coloraţie care depinde de fixarea în piele a substanţelor chromogene din morcovi. Aceasta se observă numai când supa e dată în acelaş timp cu un aliment gras: atunci substanţa colorantă se fixează pe grăsimi şi este resorbită sub această formă.

GRIGORE JACOBSON

SCHÄFFER. — **Eine Epidemie von Febris glandularis.** (Drüsenfieber Pfeiffer) (O epidemie de febră ganglionară). *Jahrb. f. Kinderh.* Mai 1909. Acest articol conţine puţin nou. E vorba de o epidemie de febră ganglionară observată la sanatoriul maritim din Refsnaës (Danemark). Autorul a observat 21 cazuri ceea ce arată contagiositatea foarte mare a acestei afecţiuni, noţiune care e ignorată de mulţi medici. E pe de altă parte interesant faptul că 20 copii din aceşti 21 erau în cura sanatoriului pentru afecţiuni scrofulotuberculoase (5 pentru adenopatii tuberculoase). Evoluţia s'a efectuat ca la copii normali, nu s'a observat nici o tendinţă la persistenţa adenitelor şi supuraţia n'a fost mai frecuentă de cât la copii netuberculoşi. Contrariu părerei lui Korsakoff, autorul recomandă o izolare strictă.

GRIGORE JACOBSON

BERNHEIM-KARRER. — **Ueber Pylorusstenose im Säuglings u. Kindesalter.** (Stenoza pylorului la sugaciu şi la copil). *Iahrb. f. Kinderh.* Mai 1909. Din această lucrare însoţită de 7 observaţiuni personale autorul conchide:

In majoritatea observaţiunilor autorului de stenoză a pilorului la sugaciu se mai putea observa după doi sau trei ani o insuficienţă evidentă a motilităţei stomacale cu hyperaviditate une-ori foarte accentuată.

De oare-ce nu se observă la aceşti bolnavi nici o alteraţie a stărei generale, e cu totul neverosimil că ar fi existat în aceste cazuri vre-un fenomen spasmodic din partea pylorului. Stenoza pylorului consecutivă hypertrofiei congenitale a pylorului poate evolua în mod latent luni şi ani întregi. GRIGORE JACOBSON

Teraupetica

Les Névralgies et leur traitement, par les D-rs F. Lévy et A. Baudoin, anciens internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages, cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Le traitement des névralgies a fait, dans ces dernières années, l'objet de nombreuses et intéressantes tentatives. Les D-rs Lévy et Baudoin, anciens internes des hôpitaux de Paris, viennent de donner, dans la collection des *Actualités médicales*, un excellent résumé de ces recherches nouvelles.

Ils passent d'abord en revue le traitement des névralgies en général, étudiant successivement les *indications théraupeutiques fournies par l'étiologie:* syphilis, paludisme, diabète, goutte, tuberculose, intoxications par le tabac, l'alcoolisme, etc., puis les *indications symptomatiques* en général: traitement interne par l'opium, la morphine, l'aconit, l'antipyrine, l'aspirine, etc.: — traitement externe par la révulsion, l'électricité, le massage, etc.; — traitements chirurgicaux, — traitement thermal,

Le *traitement des néuralgies en particulier* vient ensuite. La *névralgie faciale* et son traitement par les injections d'alcool, la sciatique, les névralgies du plexus cervical, du plexus brachial et du plexus lombaire, les névralgies intercostales. enfin les névralgies du sympathique sont successivement passées en revue.

Anul V, No. 5-6. Mai-Iunie 1909. Volumul I.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. MARTA TRANCU-RAINER

Scopolamina-morfina în chirurgie

Chestiunea anesteziei a fost şi va fi încă, pentru multă vreme, una din preocupările de căpetenie *şi* ale chirurgului *şi* ale bolnavului.

Chirurgul, ce de o parte, cere de la substanţa anesteziantă un somn liniştit şi nepericulos, iar bolnavul aşteaptă de la simţul de umanitate al operatorului său, o anestezie care să-i vie pe nesimţite şi care să nu-l expue la pericole mai mari de cât operaţia iea însăşi.

Cu toate îmbunătăţirile aduse feluritelor moduri de anestezie, chirurgul conştiincios ie departe de a putea proclama inocuitatea perfectă a ori-cărui mod de anestezie actualmente în vigoare. Ameliorări însemnate, totuşi, s'au adus fie-cărui mod de anestezie.

Aşa, în ce priveşte anestezia prin *inhalaţie*, s'a căutat a se fabrica un *cloroform* cât mai pur; s'au construit aparate în care se face amestecul vaporilor de cloroform fie cu oxigen fie cu aerul atmosferic, pentru a se evita sincopele iniţiale sau concomitente anesteziei, vărsăturile etc., s'a preconizat *amestecul de cloroform şi eter,* căci după cum Kionka şi alţii au arătat, prin amestec se măreşte puterea anesteziantă a fie-cărei din substanţele întrebuinţate, evitându-se ast-fel întrebuinţarea *eterului pur*, aşa de nociv căilor respiratorii.

Regularizarea tehnicei, măsurarea presiunei intra-rachidiane, înlocuirea cocainei prin stovaină, novocaină, tropococaină; combinarea acestor substanţe cu adrenalina, sunt pe cale de a evita o parte din accidentele imediate şi tardive *ale anesteziei rachidiane.*

Anestezia locală, cu o substanţă care să îndeplinească anumite condiţii e de sigur aceia pe care şi chirurgul şi bolnavul, o preferă din nenorocire neaplicabilă de cât la o parte din operaţiuni.

E destul de cunoscută aprehenziunea, şi une-ori groaza cu care bolnavii intră în sala de operaţiuni, rezistenţa ce foarte mulţi opun la sterilizarea câmpului operator, şi în momentul începerei anesteziei. Pentru a se evita aceste neajunsuri, s'a căutat a se începe anestezia, încă pe când bolnavul se află în patul său şi anume prin incorporarea pe cale *subcutanată* a unor substanţe ca morfina, atropina, iar acum în urmă scopolamina în asociaţie cu morfina.

Inainte de a se întrebuinţa scopo-morfinizarea, Dastre şi Morat (1) făceau atropomorfinizare înainte de chloroformizare la animale, căutând să suprime funcţiunea nervului vag, cale de sincopă reflexă mortală de debut. Laborde (2) a arătat că atropina în dozele necesare de a scădea excitabilitatea, la om e periculoasă. Reynier (3) a semnalat cazuri mortale şi ast-fel metoda a fost părăsită.

In articolul de faţă mă voi ocupa de anestezia prin incorporare subcutanată a scopolaminei în asociaţie cu morfina.

* * *

Scopolamina este un alcaloid din grupul atropinei, are ca formulă $C_{17} H_{21} Az O_4$. A fost extrasă din scopolia japonica de Schmidt în 1890. Se prezintă sub formă de cristale prismatice, fuzibile la 59°, solubile în apă, în alcool şi eter. Se alteriază repede la aier şi lumină. Cea mai pură fabricaţiune pare a fi bromhydratul de scopolamină Merck. *Scopolamina* şi *hyoscina* sunt considerate de majoritatea autorilor ca aceiaşi substanţă.

In psihiatrie de multă vreme se întrebuinţa scopolamina în choree, maladia lui Parkinson şi ca adjuvant al sugestiei hipnotice.

In 1900, Schneiderlin, a întrebuinţat scopolamina împreună cu morfina pentru a mări acţiunea narcotică a celei dintâi şi a scădea, atât cât e posibil, acţiunea vătămătoare a morfinei.

Cercetările ulterioare au confirmat credinţa lui Schneiderlin şi vedem că întrebuinţarea acestor 2 substanţe combinate se răspândeşte foarte mult, nu numai în obstetrică şi chirurgie, ci şi în psihiatrie.

Acţiunea fiziologică în rezumat, a acestor 2 substanţe ie următoarea:

Morfina în doză mică nu are nici o influenţă nici asupra respiraţiei nici asupra circulaţiei. In doză ceva mai însemnată încetiniază bătăile inimei şi scade presiunea sanguină. In doză mare produce tulburări respiratorii însemnate. Secreţiunea salivară şi sudorală e augmentată.

Scopolamina în doză slabă accelerează respiraţia, în doză ceva mai mare o încetinează, şi pe urmă poate s'o paralizeze. In doză mortală iea opreşte respiraţia, înainte de a opri bătăile inimei. Acţiunea asupra circulaţiei e controversată. După Ernst se produce o încetinire, iar după H. Stella (4) o accelerare. Scopolamina este un midriatic puternic, scade secreţiunea salivară.

In istoricul scopo-morfinei, întrebuinţată în chirurgie, deosebim 2 faze:

In prima fază amestecul era întrebuinţat în scop de *anestezie generală*, şi în asemenea condiţiuni s'au semnalat accidente. Dozele întrebuinţate variau între 36 d. m. sc. + 3 ctgr. m. şi 15 d. m. sc. + 9 cg. M.

In a doua fază în care amestecul a fost întrebuinţat numai în scop de a produce o *stare crepusculară a conştiinţei* (Dämmerschlaf, Gauss), utilizat în faceri, operaţiuni mici şi ca un stadiu prealabil anesteziei fie prin inhalaţiune (cloroform, eter), rachianesteziei, anesteziei locale. Dozele întrebuinţate pentru realizarea stării crepusculare, variază între 6—8 d. m. sc. + 0.01—0.02 ctgr. m. Am căutat atât cât posibil mi-a fost să fiu cât mai complectă ca literatură atât în ce priveşte întrebuinţarea scopo-morfinei în chirurgie cât şi în obstetrică, deşi în această din urmă n'am nici o experienţă personală.

Schneiderlin (5) în 1900 a întrebuinţat şi a realizat cu scopo-morfina o narcoză adâncă, în care a putut face amputaţii de coapsă, rezecţii, etc., fără a putea da regule conducătoare.

Korff (6) a reluat chestiunea şi a arătat că prin întrebuinţarea a 12 d. m. sc. + 1 ctgr. m. 4 ore, 2 ore şi 1/2 oră înainte de operaţie, în total 36 d. m. g. sc. + 3 cg. m. se putea obţine o narcoză adâncă.

Blos (7) a scăzut doza de scopolamină şi a augmentat pe cea de morfină, dând în total 15 d. m. sc. + 9 ctgr. M. In 2 treimi de cazuri, opera fără altă anestezie, într'o treime continua cu inhalare de eter şi cloroform. A avut 70 de narcoze cu 9 turburări profunde respiratorii şi o moarte.

Steinbüchel în 1902 a întrebuinţat amestecul pentru întâia dată în obstetrică. Mai întâi injecta 0.0003 d. m. sc. + 0,01 ctgr. m. După 2 ore repeta doza, n'a observat nici un accident, afară de o perioadă de agitaţiune la o primipară. Pacientele erau calme şi facerea urma fără complicaţiuni. In anestezii incomplecte dădea cloroform.

O. Witzel (9) în 1902 a încercat metoda la trei indivizi, într'un caz a avut o *convalescenţă prelungită*, iar în alt caz o moarte la un vechiu prostatic cu infiltraţie de urină.

L. Grevsen (10) a întrebuinţat amestecul în 1903 în 69 de cazuri. Impută metodei *nesiguranţa dozărei* şi *incorporarea totală a anestezicului înainte de operaţie.*

Wild (11) în 1903 a întrebuinţat'o în 8 cazuri, în 7 cu succes, iar în al 8-lea cu o alertă aşa de gravă încât a renunţat.

S. Flatau (12) studiază în 1903 efectele acestei metode în ginecologie, cu 1 moarte la 7 ore după o intervenţie pentru un polip al colului, pe 30 de cazuri.

Korff (13) a continuat cu experienţele începute publicând în 1903 o statistică de 200 de cazuri. A modificat dozele de la început, făcea numai 4 d. m. gr. sc + 1 ctg. m. de trei ori înainte de anestezie, dar continua cu anestezia prin inhalaţie, cloroform ori eter. La copii de la 7—10 ani 0.0001—0,0002 dmgr. sc. + 0 gr. 003—0,005 miligr. morfină, n'a avut de semnalat nici un accident, afară la un bătrân de 82 de ani o stare de agitaţie şi subdelir care a dispărut.

Tot în acelaş timp Stolz în 15 cazuri, Hartog (14) în 93 de cazuri, Volkmann în 20 de cazuri o întrebuinţează cu succes.

Dirk şi Israel (15) fac în 1904 o comunicare la Reuniunea chirurgilor din Berlin. Dirk a întrebuinţat metoda în 260 de cazuri, dintre care 188 de laparotomii, făcând 2 ore înainte de operaţie $^1/_2$ miligram scopolamină + 1 ctgr. morfină, după 1 oră aceiaşi doză.

In 144 de cazuri a dat eter (60—100 c. m. c.), în 87 de cazuri chloroform (10—30 c. m. c.) şi eter (50—80 c. m. c.), şi în 29 de cazuri n'a mai făcut altă narcoză. A avut 3 morţi de 69, 73 şi 77 de ori cu peritonită, ocluzie intestinală.

Autorul găseşte pe lângă singurul *inconvenient*, acel al *supravegherei continue a bolnavului*, următoarele *avantagii :*

1) Anestezia începe din patul bolnavului. Emoţiunele pre operatorii şi amintirea pregătirilor sunt dispărute.

2) Trecerea la narcoză ie lentă.

3) Narcoza se face încet, fără salivaţie, ral traheal, tuse, vărsături, asfixie sau colaps.

4) După operație, somnul e mai lung, așa încât durerile rănii sunt evitate.

5) Nefiind vărsături, hrana se face în condiții bune.

6) Face narcoza posibilă și la bătrâni și la tineri.

La 32 bolnavi (9,6°/$_0$) oameni cam de 50 de ani, nu a mai avut nevoie de alt narcotic. La alții a dat amestecul de cloroform și eter, la alții numai chloroform (10—15--25 c. m. c.)

Acțiunea în genere este inegală. La unii somnul e mai ușor, la alții mai greu. La unii e nevoe și de alt narcotic, la alți nu. Unii se trezesc mai curând, alții mai târziu. Acțiunea asupra pupilei și a cordului de asemeni ie inegală; din cauză că determină frecvența pulsului n'a întrebuințat'o la cardiaci. A avut 2 cazuri de moarte, între 20 de oare și 4 zile după operație (rinichiu tuberculos, pyosalpinx). La necropsie a găsit degenerescență grasă a organelor. *Asociațiunea scopolaminei cu cloroformul, o găsește dăunătoare.*

Zahradnicky, la congresul medicilor ținut la Belgrad în 1904, arată că a avut pe 232 de cazuri 1 deces la un individ de 43 ani, cu o gușă, sănătos de alt-fel și la care injectase 1 miligram scopolamină și 2 ctgr. morfină în 2 rânduri. După $^1/_2$ de oră dela a 2-a injecție, pulsul frecvent, asfixie progresivă și moare 5 ore după injecție. La necropsie, degenerescență parenchimatoasă a cordului, ficatului și rinichiului. Zahradnicky într'o scrisoare adresată lui De Maurans (28) spune că a renunțat de a mai întrebuința scopomorfina, căci a putut aduna în 1904, 650 de anestezii cu scopolamină cu 6 morți.

J. Bakes (16) relatează trei cazuri de moarte în urma injecțiunelor de scopo-morfină și anume un copil de 8 ani, la care injectase 5 dm. s. + 0,0015 m. cu osteomielită gravă a piciorului; un cancer uterin la care a făcut rezecția venei iliace; un cancer al ganglionilor gâtului cu rezecția jugularei și carotidei. La ambii acești bolnavi a injectat 1 mgr. sc. + 1 cgr. m. Anestezia prin scopomorfină era urmată de chloroformizare.

J. Lovrich (17) 1904, are pe 50 de cazuri de anestezie scopomorfină, 2 morți. A injectat 0,003 mgr. + 0,03 ctgr. m. în trei rânduri.

In acelaș an Toth și Frigyeri (Budapesta) au comunicat 160 de cazuri de anestezie cu scopo-morfină în doze slabe (2 de 0,0003 d. m. sc. + 1 ctg. m.) cu un caz mortal (operația lui Wertheim pentru cancer uterin, fără hemoragie secundară sau septicemie) după trei zile. Anestezia fusese complectată cu chloroform.

Lasek (18) a comunicat în 1905 un caz mortal în urma anesteziei cu 1 mgr. scopolamină urmată de chloroform.

Rys (19) tot în 1905, a comunicat cazul unui băiat de 15 ani, la care a făcut 1 miligram scopolamină, şi apoi a dat 5 grame de chloroform pentru un sarcom al gâtului. La autopsie vegetaţii pe valvula mitrală.

H. Landau (20) semnalează un caz mortal cu 9 dmgr. sc. + 2 ctgr. morfină la un bărbat de 66 ani, la care nu a dat nici eter, nici chloroform.

H. Ziffer (21). In cele 64 de cazuri operate, făcea 3 injecţii fie-care câte $^1/_2$ miligr. sc. + 1 ctgr. morfină, 2 injecţii cu 2, 1 oră înainte de operaţie şi a 3-a cu un sfert de oră înaintea operaţiei. In 28,8°/₀ de cazuri n'a mai fost nevoie de altă anestezie. A avut trei morţi la 3 canceroase, 2 şi 5 zile după operaţie.

Bloch, la al XII-lea şi al XIII-lea congres al otologiştilor germani, a operat 300 de cazuri, dând 12 dmgr. s + 12 miligr. m. Prima 4 ore, a doua 2 ore şi a treia un sfert de oră înainte de operaţie. In 25°/₀ de cazuri nu mai era nevoie de alt anestezic.

Rouffart şi Walravens (22) arată că cantitatea de chloroform e scăzută, sincopele evitate, vărsăturile puţine şi atât pre cât şi post cloroformice.

Terrier şi Desjardins (23) publică împreună un interesant articol în 1905, din care reiese că Terrier cel dintâi în Franţa a întrebuinţat scopo-morfina în 160 de cazuri. Terrier dă 1 miligr. de scopolamină cu 1 centigram morfină. In 26 de cazuri n'a mai avut nevoie de cloroform. *Avantagele însemnate* al acestui mod de anestezie sunt: supresiunea aprehensiunei operaţiei, scăderea cantităţei de cloroform, amorţirea durerei câte-va ore după operaţiune, supresiunea vărsăturilor, posibilitatea de a opera cachectici şi cardiaci.

Dezavantagiele sunt următoarele:

Acţiunea inegală a anestezicului. Unii adorm repede, alţii mai greu, unii au nevoie de mai mult chloroform, alţii de mai puţin. Terrier nu a constatat hemoragiile în plăgi prin vazodilataţiune şi nici contracţiunea pereţilor abdominali, semnalate de unii autori. Mai atrage atenţiunea că în cazurile în care-i nevoie şi de altă anestezie să nu se întrebuinţeze eter. Cât priveşte cele 12 cazuri semnalate până acuma de moarte prin scopo-morfină, Terrier crede că nu trebuesc puse pe socoteala scopo-morfinei, fiind vorba de canceroşi, cachectici.

Walther (24), a întrebuinţat metoda în 162 de cazuri, în doze de 1 miligr. s. + 1 ctgr. m., o oră înainte de operaţie. Această metodă de anestezie i-a dat rezultate satisfăcătoare, din toate punctele de vedere.

Monod (25) comunică Societăţii de chirurgie din Paris, cinci cazuri de anestezie prin scopo-morfină şi chloroform, în care a fost foarte satisfăcut. In al 6-lea caz însă, bolnava, a murit 20 de minute de la chloroformizare, Monod crede că scopolamina e de vină, de oare-ce bolnava era obişnuită cu morfină.

Terrier (26), într'o altă comunicare făcută Societăţei de chirurgie din Paris, citează cazul unei femei de 51 de ani, care prezinta la dreapta o tumoare renală foarte apreciabilă. Separaţiunea urinelor a fost încercată fără succes; bolnava acuza dureri mari, în cât, nu putea tolera aparatul. I-a făcut o injecţiune de scopolamină şi a lăsat aparatul în loc $^1/_2$ de oră, fără cea mai mică rezistenţă.

Defontaine (27) a întrebuinţat, în 30 de cazuri, anestezia cu scopolamină, injectând o oră înaintea intervenţiunei 0 gr. 01 morfină şi 0 gr. 0015 scopolamină. De 4 ori n'a mai avut nevoie de o altă anestezie (4 cure radicale de hernie, 1 operaţie de hernie strangulată, 1 extracţie de rădăcini). In alte 24 de cazuri a trebuit să recurgă la chloroformizare. *Dezavantagiul* metodei este o uşoară stare de subdelir după operaţie. *Avantagiul* e că chloroformizarea se face cu înlesnire.

De Maurans (28) în 1905, a făcut o anchetă pe la diferite clinici germane, întrebând dacă mai persistă în intrebuinţarea metoadei. I s'a dat următoarele răspunsuri:

Witzel şi Flatau n'au mai recurs la acest mod de anestezie. Israël e rezervat faţă de acest procedeu. Blos şi Dirk îl întrebuinţează cu rezervă şi în cazuri anumite, Ziffer e optimist.

De Maurans după ce enumără cazurile mortale ale diferiţilor autori, incriminează scopolamina. El se bizue pe cercetările experimentale ale lui Stella care ajunge la concluzia că scopolamina în doză mică produce excitaţie, în doză mai mare paralizia centrului respirator, şi degenerescenţa fibrei cardiace.

Autorul conchide, că e în contra întrebuinţărei scopo-morfinei ca un timp preliminar chloroformizarei, fie după metoda lui Walther 1 miligram, fie după metoda lui Maninger (29) 6 d. m. gr.

Gauss (30) a publicat, în 1906, un memoriu asupra rezultatelor obținute prin scopo-morfină la clinica lui Krönig pe 500 de faceri. Autorul a obținut în 80% de cazuri starea crepusculară (Dämmerschlaf) în care bolnavele au născut fără să simtă dureri.

Iată modul de procedare a lui Gauss:

După ce injectează o doză mică de scopolamină, 0,00045—0,0006 S. + 0,01 M., caută să-și dea seamă dacă femeia își păstrează memoria faptelor, și atunci îi reinjectează o altă cantitate de scopo-morfină, intr'un interval de 3/4—3 ore. Dacă nici după această a 2-a doză n'are rezultat, atunci dă încă 0,00015—0,0003 Sc. A putut să obție starea de *Dämmerschlaf* și cu cantități mici de 4,5 dmgr. Sc. + 1 ctgr. M. Maximul cantității e de 0,00315 S. + 0,0475 M. în 48 de ore.

Hocheisen (31), asistentul lui Bumm, în Iulie 1906, face o comunicare asupra rezultatelor obținute prin scopo-morfinizare în faceri. H. reamintește de lucrările lui Gauss, care prin scopo-morfinizare a obținut suprimarea durerilor facerii, fără a turbura facerea.

Hocheisen, pe un număr de 100 de faceri, a ajuns la alt rezultat. S'a servit de 3 dmgr. sc. până la 2 miligrame, doza de 2 ctgr. morfină n'a fost întrecută. De 18 ori rezultatul a fost nul, de 21 de ori de abea observat, de 61 ori satisfăcător. De 30 de ori n'a observat nici un efect rău consecutiv, în 70 de cazuri însă a observat complicațiuni. In 50 de cazuri energia *contracțiunilor a fost mult diminuată*, în trei cazuri *s'au oprit contracțiunile complect*, de 5 ori *hemoragii post-partum*, de 3 ori *expulsiunea placentei s'a făcut încet*, de 15 ori *retracțiunea globului uterin s'a făcut încet. Copiii s'au născut asfixiați în mare parte, din cauza incetinirei contracțiunilor.* De aceia respinge întrebuințarea iei în obstetrică. La discuție iau parte:

Gauss (30), care crede că nereușita lui Hocheisen trebuie pusă pe socoteala cantităților mari de scopolamină, căci nu trebuie căutată abolirea complectă a durerilor, ci diminuarea lor. *Pe 1.000 de acușmente dintre care 70% în heminarcoză, n'au fost accidente și nici copiii n'au fost asfixiați;* Bumm (30) crede că procedeul are și avantagii și dezavantagii, ca și ori-care alt procedeu, dar că inconvenientul său însămnat ie scaderea puterei contracțiilor; Kownatzki a făcut injecţii de la 0 mgr. 5—1 miligr. scopolamină la alienaţi şi *a constatat excitaţiuni cardiace* şi neregularitatea pulsului.

In acelaş an Krönig (32) expune înaintea Societăţei germane de chirurgie primele rezultate a 200 de cazuri de narcoză prin scopomorfină şi rachistovaină. Autorul găseşte *numeroase avantagii* acestui mod de anestezie: *emoţiunile preoperatorii sunt înlăturate, vărsăturile sunt rare, bolnavii se alimentează mai curând şi prin urmare convalescenţa ie scurtată.* Inconvenientul este durerea de cap pe care a semnalat-o în 12 cazuri. A avut un deces la o femeie cu cancer şi la care a găsit miocardită la necropsie.

Laurendeau (33) a întrebuinţat scopolamina ca anestezic în chirurgie în 50 de cazuri, în obstetrică în 15 cazuri, cele mai adese-ori la primipare, de 2 ori în convulsiuni eclamptice. A dat în convulsiunile eclamptice şi extractul fluid de veratrum viride, 15 gute. L. *crede că mai ales chirurgia rurală va fi mult ajutată,* căci nu e nevoie de un chloroformizator experimentat.

Walther (34), prezintă mai întâi în numele lui Psaltoff (Smyrna) o lucrare asupra scopo-morfinei; la 4 bolnavi acesta a făcut anestezia numai cu scopo-morfină şi la 26 şi cu chloroform (0 gr. 001 Sc. + 0 gr. 01 M.). Şi apoi, în numele său, un rezumat relativ la 326 de anestezii cu chloroform după injecţie de scopo-morfină, şi la 21 de cazuri de scopo-morfină singură. N'a observat nici odată cel mai mic accident; cu toate acestea a scăzut doza de scopolamină de la 1 miligram la 5 dmgr. Una din principalele indicaţii este *emotivitatea bolnavilor*. La 13 din bolnavii săi, care mai fuseseră chloroformizaţi încă odată, cu ajutorul scopo-morfinei, chloroformizarea s'a făcut în condiţiuni mai bune.

E. Bloch-Freiburg (35) a întrebuinţat, în 124 de cazuri, narcoza cu scopolamină în chirurgia auriculară, după metoda lui Schneiderlin. Odată a avut *fenomene grave de intoxicaţie* şi după oare-care simptome de imbunătăţire, o pneumonie mortală.

La Intrunirea medicilor din Magdeburg, din 5 Aprilie 1906, s'au făcut următoarele comunicări în această chestiune:

Hirsch (36) a întrebuinţat metoda la clinica bolilor de urechi a lui Hoffmann la Dresda. De 23 de ori a făcut 0,001 Sc. + 0,04 morfină, în două rânduri la interval de 1½ oră şi de 6 ori 0,0005 Sc. + 0,02 M. Narcoza n'a putut fi obţinută de cât în 7 cazuri de mici intervenţiuni. In restul cazurilor a întrebuinţat şi eter. N'a observat stări periculoase după injecţiuni, afară de un caz de trepanare a antrului lui Highmore, care 5 ore după operaţie în urma unei hemoragii foarte pronunţate, face o pneumonie prin aspiraţie. *Autorul crede că scopo-morfina e contra indicată în operaţiile pe căile respiratorii superioare.*

Weinbrenner (36) a întrebuinţat de 150 de ori la operaţii mari ginecologice. La o serie de bolnavi a injectat 5 dmgr. Sc. + 1 ctgr. M., 2 ore, 1 oră şi $^1/_2$ oră înainte de operaţie. Narcoza pură în scopo-morfină a reuşit numai în câte-va operaţiuni vaginale şi la o tumoare ovarială. Ca anestezic consecutiv *a întrebuinţat eterul*, ca fiind mai puţin toxic. W. a observat *o stare de agitaţiune şi vărsături*, aşa în cât autorul nu se crede îndreptăţit s'o întrebuinţeze ca regulă; iar în ce priveşte, *întrebuinţarea în obstetrică, crede că trebuie să fim foarte prudenţi din cauza influenţei scopolaminei asupra centrului respirator a copilului.*

Unverricht, a încercat să vadă, pentru a-şi da mai bine seamă dacă într'adevăr acţiunea scopolaminei până la un punct este antagonistă cu acţiunea morfinei, dacă cu ajutorul substanţelor din grupul atropinei se pot obţine ameliorări în tulburările produse de morfină asupra centrului respirator. De aceia la bolnavii cu Cheyne-Stokes, fenomen care lesne poate fi produs de morfină, a crezut că-l va modifica lesne cu substanţe din grupul atropinei. *A văzut însă că pauzele dintre respiraţii erau şi mai mari.* In altă ordine de idei U. a cercetat să vadă care este cantitatea de aer respirat sub influenta atropinei şi *a văzut că e influenţată în mod nefavorabil, şi că numărul respiraţiei scade considerabil.*

In ce priveşte acţiunea acestor 2 substanţe asupra scoarţei creerului a putut s'o constate în epilepsia experimentală. In timp ce majoritatea hipnoticelor scad excitabilitatea scoarţei creerului pentru curentul faradic, *morfina o lasă neschimbată sau o creşte ca şi atropina.* Ar trebui deci să nu se facă amestecul de scopo-morfină.

Scholtz (37) a întrebuinţat scopo-morfina împreună cu amestecul de chloroform, eter Roth Drägher. Rezultatele au fost favorabile. *Cantitatea de chloroform şi eter diminuată, excitaţia preoperatorie dispărută.*

A. Schmitz (38), în disertaţiunea sa asupra scopo-morfinei la clinica de urechi din Freiburg, ajunge la următoarele concluziuni:

1) *Narcoza cu scopo-morfină în cazuri de operaţii lungi ie de preferat cloroformizărei.*

2) *Cardiacii şi beţivii suportă mai bine scopolamina de cît clo-*

roformul. Cu toate acestea se recomandă prudența; dacă bolnavul doarme bine după I-a sau a 2-a injecție, atunci nu mai facem nici una.

3) *La copii de mai puțin de 10 ani nu s'a experimentat.* Din contra la copii de la 10 ani în sus cu mici cantități putem avea narcoză bună.

4) Nu este admis de a se trece doza de 4—5 ctgr. morfină și 3,6 miligrame scopolamină, fără a se observa tulburări speciale.

Krönig (Fr.-i-Br) (39) în 1906 la a 78 întrunire a medicilor și naturaliștilor germani, după ce trece în revistă rezultatele așa de bune, pe care Kümmel, Frantz, Rosthorn, Rotter le-au observat prin combinarea scopo-morfinei, cu cloroform-ether (Roth Drägher), insistă asupra modului său de a face.

Două ore înainte de operație 3 dm. sc. + 0.01 ctgr. După o oră eventual aceiași doză. La femeile prea slăbite după o oră 0.00015 de scopolamină fără morfină. Odaia să fie întunecoasă, bolnava să aibă ochelari, antifoni. Complectează anestezia cu stovaină Billon 0.10—12 ctg. intra-rachidian. *Pentru* Krönig *este narcoza cea mai umană și cu care se obține o relaxare așa de profundă a pereților abdominali cum numai în narcoza profundă putem avea. Emoțiunele, sincopele, vărsăturile sunt evitate.* Krönig are 2 morți pe 300 de cazuri. Intr'unul din cazuri cancer uterin la o bolnavă de 65 de ani la care a dat 0.0009 dmgr. sc. + 0.04 ctg. m. în alt caz o miomatoasă anemiată cu stenoza mitralei. *Dezavantajele sunt următoarele: durerile de cap în 12°/₀ din cazuri, paralizia oculomotorului extern, etc.* Trebue evitată metoda, la bolnavi cu tulburări însemnate de compensațiune cardiacă, la histerici, neurastenie. De asemeni în faceri în timpul perioadei de dilatare trebue evitat acest mod de anestezie, din cauza relaxărei presei abdominale.

După Krönig ia cuvântul Franz (40), care dă scopolamină în doză mai mare și anume 0.0015 scopolamină Boeringer pe care Kionka o crede constantă. In acelaș timp întrebuințează novocaina în doze de 0.15 ctgr. Pulsul rămâne bun. Dureri de cap sunt mai puține.

Neu (40) (Heidelberg) crede că soluția de novocaină e mai bună de cât stovaina, cu care a avut ascensiuni termice de 39°5 și une-ori paralizii.

Lehmann (Karlsruhe), în 61.6°/₀ din cazurile întrebuințate, facerea avea loc fără durere, în restul cazurilor cu importantă scădere a durerii. Copilul se naşte în asfixie. Procedeul ie mai ales de recomandat pentru maternităţi.

Hocheisen, asistentul profesorului Bumm, într'un articol publicat în Münchener med. Woch. în Septembrie 1906, după ce trece în revistă toate lucrările pe care le-am enumărat până acuma, mai insistă asupra lucrări lui Viron şi Morel din Progrès Médical 1906, care pe 2000 de narcoze a găsit 25 morţi. Dozele cele mai mici au fost de la 0 mgr. 5—0 gr. 3 d. mgr. apoi semnalează şi rezultatele lui Wartapetian (Jena) care a dat doza de 0,0003 sc. + 0,01 M cel mai mult de 5 ori. Asfixia noilor născuţi, a observat'o în 50$^0/_0$ din cazuri. Reining arată, că din 36 de cazuri de 24 de ori durerile au fost bine influenţate, de 4 ori au fost dureri rare şi de 3 ori insuficiente; complicaţiuni serioase n'au fost nici odată. Weingarten (Giessen) de 45 ori a observat scăderea durerilor când dă 3 dmgr. sc. + 1 ctgr. m. n'a observat nici un rău, nici pentru mamă, nici pentru copil.

Pusching, Laurendau, Pitazewski, au întrebuinţat-o cu rezultat favorabil, uneori în aplicări de forpces, rar copiii sunt asfixiaţi. Cremer făcea câte 9 injecţii de câte 0.0003 dm. S. + 0.01 ctgr. M. în faceri care durau câte-va zile şi ie pentru întrebuinţarea metodei.

In clinica lui Bumm s'a dat 0,0003 s. de 14 ori, 0,00045 de 30 ori, 0,0005 de 31 ori, 0,0006 de 8 ori, 0,0007 de 12 ori, 0,0009 1 dată în 28 de ore, 1 miligram de 2 ori, 1,3 şi 2 mgr. odată. Hocheisen *e în contra aplicărei metoadei ca fiind periculoasă, pentru mamă (hemoragii, inerţii, întârzierea facerilor), asfixia noului născut.*

R. Link (43) a cercetat semnul lui Babinski în scopo-morfină. La 37 dintre 43 de bolnavi sub influenţa scopo-morfinei s'a produs Babinski; cea mai mică doză a fost 0,0004 dmgr. sc. Reflexul s'a produs une-ori 2 minute după injecţie, altă dată 1/4 şi chiar mai multe ore. Morfina singură, chiar în doze mari nu produce Babinski.

Berillon (44) a arătat, că cu ajutorul scopolaminei hipnotizarea se face mai lesne.

Walther (45) a întrebuinţat în 347 de cazuri anestezia cu scopo-morfină. Scopolamina singură fără chloroform a întrebuinţat'o la repoziţii de luxaţii, scoatere de aparate gipsate. Când vrem să avem o anestezie însemnată atunci facem 1 miligram de scopolamină, 1 ctgr. m. sau $^1/_2$ din această doză, o oră înainte de cloroformizare. *Nu recomandă scopolamina la copii,* nici la intervenţiuni pe gură, unde bolnavii trebue să expectoreze. La cardiaci e bună scopolamina, căci se scade cantitatea de cloroform.

Routier (46), n'a observat scădere în doză a cloroformului.

Terrier (46) mai adaogă încă 71 de cazuri la cele semnalate.

Chaput (46) a dat scopolamina în 30 de cazuri, la altele în unire cu eterul.

Segond (46) In 20 de cazuri în care a întrebuinţat scopolamina (1 miligram) şi morfina 1 ctgr. o oră înainte de chlofornizare, *n'a avut nici vărsături, nici dureri.* La nervoşi şi alcoolici e indicată scopolamina.

Bardet (47) crede, că cazurile nenorocite ar fi fost evitate, dacă experimentatorii ar fi ţinut socoteală că bromhidratul de scopolamină ie toxic în doză de 1 m. gr.

Ide (47) crede că scopolamina este identică cu hioscina. Doza maximă d'emblée $^{1}/_{4}$ de miligram, iar doza maximă după încercare prealabilă 2 miligr. In cazurile de idiozincrazie, pe care o prezintă unii bolnavi, ie vorba de o insuficienţă hepatică, care scade funcţiunea destructivă a substanţelor toxice, localizată în ficat; *de aceia întrebuinţarea de doze numai la oameni a căror toleranţă nu e cunoscută, e periculoasă. Autorul e în contra dozelor însemnate de scopolamină* şi e pentru cantităţi mici de la $^{1}/_{6}$ până la $^{1}/_{2}$ miligram.

Gauss (48) în 1907 face un raport asupra 1000 de faceri în scopo-morfină, crede că dacă la clinica lui Bumm nu s'a obţinut rezultate bune, această provine din cauza întrebuinţării scopolaminei impure, care conţine atunci apoatropină.

Preller (49) (Mannheim) tot în 1907 a întrebuinţat în 220 de cazuri scopo-morfină după metoda lui Gauss. Autorul se uneşte în totul cu rezultatele favorabile ale acestui din urmă. In tulburările circulaţiunii şi respiraţiunii, în slăbiciuni, în stări febrile, în eclampsie, nu poate spune cu preciziune dacă nu prezintă contraindicaţiuni.

M. Penkert în 1907 din clinica lui Krönig, crede că scopomorfina şi cu anestezia lombară, ie cea mai umană anestezie, evitându-se poziţia Trendelenburg şi întrebuinţându-se tropococaina.

Holzbach (Düsseldorf), în 1907 într'un articol foarte bine documentat expune rezultatul examenului urinelor noilor născuţi şi a laptelui femeilor care au născut în anestezie cu scopo-morfină. O picătură din această substanţă (urină, lapte) produce dilatarea pupilei la un ochiu de broască. Prezenţa scopolaminei în urina noilor născuţi, arată că această substanţă a trecut în circulaţia placentară şi apoi după un sfert de oră prin rinichi, în urina fetului.

O. Bass (52), în 1907 în clinica lui Chrobak a întrebuinţat în 107 cazuri scopo-morfina şi a ajuns la următoarele concluziuni:

1. Durerile facerii prin scopo-morfină într'un preponderant număr de cazuri sunt scăzute;

2. Pentru a ajunge la acest scop s'au făcut doze de 3 d. m-sc. + 1 cgr. m.

3. Facerile au fost întârziate.

4. Contracţiile uterine şi perioada placentară n'au fost influenţate în mod nefavorabil, presa abdominală însă da.

5. Pentru mamă n'a observat nici un pericol.

6. Pentru copil însă nu-i indiferent, a observat un caz de moarte, *de aceia crede că trebuie să fim prudenţi.*

Kreuter (53) a întrebuinţat scopo-morfinizarea în clinica lui Graser, la Erlangen. Până în 1905 întrebuinţa scopolamina ca anestezic general cu un caz de moarte pe 10 cazuri. Din Aprilie 1906 a întrebuinţat-o în mod sistematic împreună cu chloroformul. El face 8 d. m. gr. la bărbaţi, şi 6 d. m. gr. la femei. In $86^{0}/_{0}$ de cazuri se produce dämmerschlaf, în $14^{0}/_{0}$ nu se produce nici o acţiune. De sigur că deosebirea ie în legătură cu predispoziţia individului şi *inconstanţa preparatelor de scopolamină.* Autorul a observat rare-ori frecvenţa pulsului să treacă de 100; numărul respiraţiei scade (efectul morfinei şi a chloroformului). Variaţiuni se observă foarte arare-ori. Cantitatea de chloroform a fost variabilă, pe o oră de anestezie a variat între 28,9—80—90 grame. Autorul a întrebuinţat metoda în 100 de cazuri. *Ie foarte mulţumit de rezultat. Contraindicţiunea o găseşte în operaţiele pe nas, gură, căile respiratorii,* de oare-ce bolnavii trebuie să se trezească cât mai curând pentru a expectora, şi nesiguranţa în acţiunea scopolaminei.

Avantajele sunt numeroase: *se evită supradozările cu chloroform, pneumoniele post-operatorii.*

Cimbal (54) în 1907 A experimentat în clinica psihiatrică din Altona, scopo-morfina. A observat o uşoară accelerare a pulsului, care dispare odată cu narcoza. Această scădere a presiunei se observă şi la bolnavi fricoşi, fără scopo-morfină. Pentru autor acest mod de anestezie *n'are acţiune nocivă asupra cordului.*

Steffen (55), în 1907 la clinica prof. Leopold (Dresda) a întrebuinţat-o în 300 de cazuri. Cea mai mare doză a fost de 0,0015 sc.

0,02 M. *N'a avut rezultate favorabile.* Scăderea contracţiunilor considerabilă, tulburările pulsaţiilor cordului fetal, oligo-apnee a copilului. Metoda nu prezintă avantagii mai ales pentru practica privată.

Gminder (56) (Erlangen) a întrebuinţat metoda într'o sută de cazuri. *Rezultatele n'au fost favorabile:* hemoragii post-partum, asfixia copilului.

La congresul francez de chirurgie din 1907 Cazin (57) a comunicat că la 245 operaţi a întrebuinţat cîte $^1/_2$ miligram de scopolamină şi $^1/_2$ ctgr. morfină, o oră înainte de chloroformizare. *Autorul a fost foarte mulţumit.* Emotivitatea şi frica au dispărut complect. Studiul făcut împreună cu Hallion, au arătat modificări *în puls* şi anume scăderi la 40, 42, 44, 46, 48, 60. Pulsaţiile examinate cu metoda grafică au arătat neregularităţi de ritm şi amplitudine. Nu trebuie trecut de 1/2 miligram scopolamină şi crede că se poate scădea chiar această doză la 2, 3, 4 d. m. gr.

M. Martin (57) (Genève). A operat un bolnav cardiac numai cu scopolamină şi anume 2—3 d. m. gr. sc. la o oră $^1/_2$ interval. Bolnavul n'a simţit nimic.

Peraire în anul trecut la congresul de chirurgie a semnalat asemenea cazuri operate numai cu scopolamină.

P. Delbet (58). A avut 2 morţi prin scopolamină şi anume la o femeie cu un cancer uterin, căreia îi făcuse o extirpaţie totală abdominală, şi la un bărbat cu un cancer aderent al maxilarului superior. Cantitatea întrebuinţată a fost de 1 miligram Sc + 1 ctgr. m. *Pentru autor metoda prezintă următoarele inconveniente: Scopolamina producând o stare de mydriază incomplectă a pupilei, face ca starea pupilei să nu mai poată servi la control în timpul cloroformizărei,* apoi bolnavii *respiră foarte încet,* autorul a găsit că numărul respiraţiilor s'a scobořât până la 10 pe minut. După autor, caracteristica accidentelor grave prin scopolamină, *este oprirea succesivă repetată a respiraţiei imediat după cloroform, cu cordul care continuă să bată.*

Delbet a întrebuinţat de 60 de ori cu 3 accidente, dintre care 2 morţi. Délagénière, Duval, au observat cazuri analoage.

Chaput (59) a observat fenomene alarmante cu 1 miligr. şi $^1/_2$ miligr. De aceia întrebuinţează numai $^1/_4$ de miligram şi apoi anestezie generală sau lombară. Pe 200 de cazuri n'a avut de cât satisfacţii.

E. Boesch (60) 1908, în 2.000 de cazuri din principiu a dat 1 gr. de veronal de cu sară, apoi o oră înainte de operaţie o doză de 5 dm. gr. sc. + 1 cgr. 5 morfină. Autorul crede că ceea-ce **Sieber** a descris ca o accelerare de puls proprie scopolaminei, nu trebuie să fie pusă pe socoteala iei, de oare ce iea în operaţii se găsește și fără scopolamină, în operaţii mari, ca acele descrise de **Sieber**.

Klein (61), reamintește că după cum a susținut și în întrunirea medicilor germani de la München în Februarie 1908, anestezia lombară nu ie periculoasă şi trebuie întrebuinţată acolo unde anestezia prin inhalaţie ie contraindicată. Nu trebuie întrebuinţată scopomorfina în mod schematic, adică la toţi 2 ore și o oră înainte de operaţie câte 4 d. m. gr., de oare-ce unii reacţionează într'un fel, alţii într'altul. Se fac 2 injecţii numai în caz de puls bine şi încet bătut *Dacă frecvenţa pulsului trece de 100, nu se mai face a 2-a injecţie.* Dacă apare un semn de insuficienţă cardiacă, care contra indică chloroformul, se dă ether. Iată în ce împrejurări s'a servit de scopomorfină:

1. Scopomorfina singură de 8 ori în curetaje, operaţii pe col.
2. Anestezia lombară singură a făcut numai de 17 ori.
3. Scopomorfina și anestezia lombară cu tropococaina de 114 ori cu condiţie ca un asistent să supravegheze pulsul şi respiraţia.
4. Scopomorfina cu anestezie lombară și narcoză prin inhalaţie, mai des chloroform de 77 ori, în cancere uterine înaintate, mioame degenerate cu degenerescenţa cardiacă.
5. Scopomorfină şi narcoză prin inhalaţie numai de câte-va ori.

In tot-deauna bolnavii sunt mai dispuși și nu sunt așa de obosiţi ca după chlorofom singur.

R. **Dietschy** (63) (Basel), găsește că metoda nu e foarte practică, deşi acţiuni nocive însemnate nu are.

Mayer (64) (Marburg) 1908, crede, că avându-se în vedere rezultatele contradictorii de la clinica lui **Krönig** pe deoparte, și dela **Bumm** şi **Leopold** pe de altă parte, următoarele: fiziologia facerii nu trebue vătămată în nici un fel, și din punct de vedere al mamii și a copilului. *Presa abdominală pierde tonicitatea iei, iar copiii se nasc asfixiaţi.* A întrebuinţat metoada de 50 de ori. In 46% din cazuri dämmerschlaf, în 42% hypoalgezie, iar în 12% nici o acţiune. Bolnava trebuind să fie supraveghiată, crede că metoda nu-i aplicabilă în clientela particulară.

Sieber (64) în 1908 a observat *o frecvenţă însemnată a pulsului*, deşi dozele nu au trecut de 9 d. m. gr. şi de aceia crede că ie vorba de o intoxicaţie generală a organismului. Autorul face anestezia lombară cu novocaină, după ce a făcut o injecţie subcutanată cu morfină fără să observe accelerarea pulsului.

Krönig (65) în 1908 e foarte mulţumit de rezultatele obţinute prin scopomorfină, atât pentru mamă cât şi pentru copil. In 80°/₀ din cazuri a obţinut nu numai analgezie, ci şi amnezie.

Buist (65) dă hyoscină şi anume 0.001 hyoscină + 0,025 M. Acţiunea începe după 10 minute, ajunge punctul culminant după 65 m. şi rămâne 4 oare.

Neuber (66) a întrebuinţat de 250 ori narcoza după Korff cu scopo-morfină. Numai de 7 ori a avut narcoză deplină. In restul de 243 de cazuri a dat amestecul Schleich şi scopo-morfina. A fost foarte mulţumit. Cât priveşte scopolamina, consideră acţiunea iei *nesigură, inegală*.

A. Hirsch-Dresda (67). crede, că scopolamina numai în doze periculoase ie într'adevăr narcotic. Face ulterior anestezia cu eter. A întrebuinţat metoda de 33 de ori în practica boalelor de urechi. De 26 de ori a dat eter. Prin prelungirea narcozei, crede că se pot produce mai lesne pneumonii prin aspiraţie.

O. P. Mansfeld (68) ie mulţumit de metodă, mai ales pentru *obţinerea amneziei*. Nu spune însă, întru cât medicul ie îndreptăţit s'o întrebuinţeze la o facere normală.

A. Mayer (69). în 1908 a studiat în laboratorul său efectele anesteziei cu scopo-morfină şi crede *că metoda nu-i bună* din următoarele cauze:

1. *Scopo-morfina produce o slăbiciune cardio-vasculară.*

2. *Nu e vreme de dat scopolamină în scop de a evita sincopa*, de oare ce ea e evitabilă întrebuinţându-se numai ether fără scopolamină.

3. *Intru cât priveşte oprirea prin scopolamină a fluxului salivar*, nu ie nevoie de dat scopolamină; aceliaşi efecte se obţin cu 2 d. m. gr. atropină, ale cărei efecte sunt mai constante.

Schoemaker (70) (Haag) în 1909 relatează un număr de 3.000 de cazuri. E partizan al scopolaminei ca adjuvant al anesteziei generale prin chloroform sau eter. Iea suprimă anxietatea preoperatorie şi permite de a adormi bolnavul cu o doză foarte mică de anestezic. A părăsit prima sa tehnică în care dădea 2 miligrame de scopolamină. Actualmente dă un gram de veronal sara, apoi $^1/_2$ oră înaintea operaţiei injectează $^1/_4$ de miligram sc. + $^3/_4$ m. gr. m.; o jumătate de oră înainte aceeaşi doză. *Un inconvenient al metodei este chipul cum reacţionează diferiţii bolnavi,* unii dorm profund, alţii sunt aproape treji. Pe 3000 de cazuri S. a avut 3 morţi imputabile scopolaminei. Aceste morţi au provenit din oprirea respiraţiei. La 2 din ei s'a dat câte 1 miligr. într'o singură doză. La un al treilea numai cu $^1/_4$ miligr. la un bătrân cu cancer al laringelui a dormit 56 de ore după operaţie.

J. Berutti (71) (Buenos-Aires) în 1909 încheie interesanta lucrare pe care a făcut'o bizuindu-se pe 600 de observaţii faceri în scopo-morfină cu concluzia că scopo-morfina este singura metodă cu ajutorul căreia se poate obţine îndepărtarea durerilor în 80 °/₀ din cazuri, fără pericol şi pentru mamă şi pentru copil.

A. Friedländer (72) (Frankfurt) în 1909. Din întrebuinţarea scopo-morfinei în boalele de nervi şi interne, conchide că: *scopolamina întăreşte acţiunea morfinei; că iea nu trebuie întrebuinţată fără morfină din cauza acţiunilor sale secundare,* că prin întrebuinţarea amestecului de scopo-morfină *morfinismul se va rări;* că amestecul de scopo-morfină se poate întrebuinţa timp de o lună, *dar numai sub control medical,* începându-se cu doze mici de scopolamină 1 dmgr. şi de morfină 4 miligr. Dacă nu obţinem o acţiune eficace să augmentăm mai curând doza scopolaminei, de cât doza morfinei.

H. Sieber (73) în 1909 polemizează cu D-şoara Dr. Blisbiansky, dela clinica din Tübingen, care pretinde că n'a observat nici o acţiune nocivă asupra pulsului şi temperaturei prin scopo-morfină, şi că în multe cazuri această accelerare trebuie pusă pe socoteala operaţiei. Sieber preferă numai injecţiunea de morfină cu anestezie lombară consecutivă.

In rezumat, dezavantagiele găsite de autorii enumeraţi sunt următoarele:

Se încorporează sub piele anestezicul înainte de operaţie, iar eliminarea lui se face mai încet de cât în anestezia prin inhalaţie. Când operaţiunile pe care le facem în aceiaşi zi sunt mai numeroase, e greu de nimerit când trebue să facem injecţia, pentru ca să putem opera la momentul potrivit. E greu de dozat scopolamina sigur şi e greu de avut un produs pur, în afară de scopolamina Merck şi acuma în urmă scopolamina Boeringer. Scopolamina are o acţiune inegală; în aceiaşi doză la unii provoacă un somn adânc, la alţii mai puţin adânc. Scopolamina fiind un midriatic nu ne mai putem servi de semnul pupilei pentru controlul anesteziei. Accelerarea pulsului, observată de unii, ar contraindica întrebuinţarea la cardiaci. Trebue să punem prudenţă în întrebuinţarea scopolaminei, toleranţa sa, variind de la individ la individ. In operaţiele pe nas, gură, căile respiratorii trebue să evităm metoda, de oare ce bolnavii rămân adormiţi mai mult timp şi nu expectorează ceia ce i-ar expune la pneumonii prin aspiraţie.

In ce priveşte scopolamina în faceri, ar produce, după unii, încetinirea contracţiunelor, hemoragiele post-partum, retracţiunea înceată a globului uterin.

Aproape toate inconvenientele enumărate până aici, au fost găsite de acei chirurgi şi acuşori care au întrecut doza de 8 d. m. gr. scopolamina şi 2 ctgr. morfină, şi pe bolnavi canceroşi, cachectici, la care anestezia prin inhalaţie d'emblée li se părea periculoasă.

Avantagiele metoadei sunt numeroase.

Este o narcoză eminamente *umană*, pe care o începe bolnavul fiind încă în patul său, fără emoţiuni. Trecerea la narcoză 'i lentă, fără salivaţie, ral traheal, tuse, vărsături, asfixie sau colaps. După operaţie, somnul e mai lung, în cât durerile rănii sunt evitate. Vărsăturile de asemeni. Nefiind vărsături, hrana începe mai curând, convalescenţa e grăbită, cantitatea de chloroform scăzută, se evită suprapro-dozarea. Se obţine uneori amnezie complectă. Bătrânii, cardiacii, beţivii, nervoşii, suportă mai lesne scopolamina de cât chloroformul. Durerile facerei sunt scăzute chiar cu doze mici (3 d. m. gr. sc. + 1 ctgr. m.).

In chirurgia rurală găseşte o largă aplicaţiune. Prin întrebuinţarea scopolaminei împreună cu morfina, se îndoeşte acţiunea morfinei, în cât aceasta poate fi întrebuinţată în doză mică şi prin acest mod de *întrebuinţare se crede că morfinismul* va fi mai rar.

Am întrebuinţat în serviciul d-lui dr. Racoviceanu, şi în practica mea particulară scopo-morfina de 98 de ori, în genere am făcut 3 d. m. gr. sc. + 1 cgr. M. 2 ore şi o oră înainte de operaţie.

Scopo-morfină singură la spital am întrebuinţat-o de 18 ori, şi anume:

5 Raclaje;
1 traheotomie (ca timp prealabil unei amputaţii de limbă);
1 colpotomie;
1 puncte de foc în artrită;
1 stenoză a colului, dilatare şi amputaţie;

1 amputaţie de antebraţ p. epitelioma dosului mânei la un cardiac şi emfizematos ;

1 bartolinită ;

De 6 ori în oraş:

5 raclage ;

1 amputaţie de col. ;

De Scopo-morfină + chloroform (aparat Roth-Drägher) ;

M'am servit în spital de 60 de ori :

3 adenite inghinale şi cervicale ;

1 pansament aseptic în arsuri ;

3 amputaţii de deget pentru plăgi sdrobite ;

3 cazuri de hemoroizi, 2 dilatări şi cauterizări şi 1 Wetehead.

14 cure radicale de hernii ;

2 artrite tuberculoase, puncte de foc, aparat gipsat.

3 rezecţii de venă peztru varice, combinat cu Moreschi.

4 amputaţii de col.

2 raclaje.

1 hidrocel, eversiunea vaginalei.

1 cancer uterin, raclare, cauterizare.

2 abcese perianale fistulizate.

1 kist sinovial al dosului mânei.

1 rezecţie de coaste pentru pleurezie purulentă.

1 cancer al vulvei cu extirpaţie metodică a vulvei şi evidare de inghine.

1 sifilom perianal, dilatare şi cauterizare.

1 mastoidită, trepanaţia mastoidei.

1 laparotomie exploratrice pentru un cancer al colonului transvers.

1 histerotomie şi raclaj pentru un fibrom subseros al uterului.

4 colpotomii pentru perimetrită şi salpingită.

4 extracţii de sechestre şi corpi străini în coapsă.

1 castraţie pentru testicul tuberculos.

1 anus contra naturei pentru estiomen vulvar.

1 amputaţie de coapsă pentru ulcer cronic al gambei.

2 histeropexii (Doleris).

1 rezecţie a colonului pelvian pentru volvulus.

2 histerectomii, una totală pentru fibroame şi salpingită şi alta sub-totală.

De scopo-morfină + chloroform cu compresa de 2 ori, m'am servit odată în spital pentru osteită tuberculoasă a femurului şi odată în oraş pentru o amputaţie de col.

De scopo-morfină + novocaină local m'am servit de 14 ori la spital şi anume:

1 antrax al cefei.
1 flegmon al peretelui abdominal.
3 tumori ale obrazului şi a cefei.
1 colpo-perineorafie..
4 fistule perianale şi dentare.
1 rezecţie de alveolă.
1 amputaţie de deget.
1 rezecţie de metatarsian.
1 hernie inghinală mare cu epiplocel.

Iar în oraş în 2 colpoperineorafii şi într'un caz de adenită inghinală.

Intr'un caz m'am servit de S. M., novocaină local şi inhalaţie de chloroform (Rot Dräger) pentru un sarcom ganglionar mare al gâtului aderent la os şi pele. Anestezia cu scopo-morfină şi novocaină local n'a fost suficientă şi am fost nevoită să dau şi chloroform.

Intr'un caz de hernie am făcut SM. + Anestezie rahidiană cu 12 ctgr. novocaină.

N'am nici o experienţă despre întrebuinţarea scopo-morfinei în combinaţie cu anestezia rachidiană, nici în ceia ce priveşte aplicarea ei la faceri.

Dintre aceşti 98 de bolnavi am avut 2 morţi la 2 bolnavi operaţi *in extremis*, unul cu un cancer al colonului şi pancreasului, cu *peritonită generalizată*, pe care l'am operat numai după insistenţa familiei după ce am expus inutilitatea intervenţiei; şi un altul cu ocluzie intestinală, volvulus al colonului pelvian, venit a 6-a zi de la ocluzie şi având peritonită generalizată. Au sucombat 48 şi 52 de ore de la operaţie In nici un caz moartea nu poate fi pusă pe socoteala scopo-morfinei.

Vrâstele bolnavilor mei au variat între 13 şi 68 de ani, chiar cardiaci, emfizematoşi, bine înţeles că *cu supraveghere continuă.* Cantităţile de scopomorfină întrebuinţate a fost de 6 d. m. gr. s. + 2 ctgr. M. în 2 rânduri (2 ore şi o oră înainte de operaţie). La copii de 13, 14 ani 1 d. m. gr. $^{1}/_{2}$ sc. + $^{1}/_{2}$ ctgr.

Am întrebuinţat totdeauna scopolamină Merk. Dacă după prima injecţie vedeam că bolnavul este într'o stare de somnolenţă însemnată, nu mai făceam a 2-a doză de cât pe jumătate. In oraş făceam adeseori o singură injecţie; după 3 sferturi de oră bolnava iera într'o stare de somnolenţă suficientă ca să pot face pregătirea pentru operaţiune, fără nici o rezistenţă din partea ei. Frecvenţa de puls, chiar când am constatat-o, n'am putut s'o pun pe socoteala scopo-morfinei, cum e de exemplu în hemoragii, peritonită şi la bolnavi foarte impresionabili. Dintre cele 62 de cazuri de SM. + Cl, în 42 de cazuri excitaţia a fost nulă, trecerea la somn neobservată, iar în 9 cazuri o excitaţie foarte puţin pronunţată; într'unul singur excitaţie hilariantă. In 2 cazuri a fost o uşoară cianoză şi anume într'un caz de anestezie cu cloroform cu compresa, la un tuberculos, şi în altul cu cloroform RD la un cardiac.

In genere, după începerea cloroformizării reflexul corneean se pierde între 5 şi 8 minute, iar insensibilitatea apare cam între 9 şi 11 minute. Cantitatea de anestezic consumată pentru 1 oră şi 10 minute, e aproximativ 60 gr. Ea e variabilă dela individ la individ.

Nu am constatat o scădere *considerabilă* în cantitatea de cloroform consumată. Nu trebue însă să uităm că în serviciile noastre spitaliceşti, n'avem personal însărcinat anume cu anestezia, cum e în alte părţi. Vărsături în timpul operaţiei aproape de loc n'am observat, iar după operaţie în aproximativ 10°/₀ din cazuri.

De câte ori s'a putut, am aşezat bolnavii înainte de operaţie într'o cameră de rezervă, întunecată şi liniştită, unde li se administra injecţia narcotizantă. Pe deasupra, aveam grija să-i sustrag în măsura posibilităţii excitaţiunilor sensoriale, astupându-le urechile şi legându-le ochii. Iar transportul în sala de operaţie se efectua în cea mai mare linişte. Acestea au fost cazurile care au prezintat şi *amnezie complectă*. Tot în cazurile tratate ast-fel, s'a obţinut mai repede anestezie, chiar la alcoolici în 5-7 minute.

După prima injecţiune de scopo-morfină, la un interval de 15—20 de minute, bolnavii încep să aibă o *senzaţiune de uscăciune în gură*, une-ori foarte uşoară. *Pulsul şi temperatura rămân neschimbate*. După o $^1/_2$ de oră, bolnavul are o greutate în mână picioare şi o senzaţie de amorţială generală, răspunde cu greutate la întrebări, tinde să doarmă; une-ori la 3 sferturi de oră după prima injecţie bolnavul doarme. Reacţionează în genere puţin la a 2-a injecţie; faţa e roşie, senzaţie de amorţială mai pronunţată;

mulţi după o oră de la prima injecţie dorm şi numai zgomotul mare din sală îi deşteaptă. Bolnavii trebuesc transportaţi cu linişte în sala de operaţie. *Pregătirea câmpului operator se face fără rezistenţă din partea majorităţii bolnavilor,* lucru foarte important când ne gândim câtă aprehensiune au altminteri; *anestezicul e luat pe nesimţite şi cu uşurinţă; vărsături în timpul anesteziei n'am observat de cât odată.* Unii rămân adormiţi şi 6—7 ore şi până a doua zi atunci, când s'a făcut şi anestezie prin inhalaţie; alţii sunt imediat veseli, bine dispuşi, cer de băut şi de mâncat. Când s'a făcut numai scopo-morfină, 2 injecţii, bolnavii mai rămân încă 2—3 ore în somnolenţă. In oraş, în genere, am făcut o singură injecţie pentru operaţii mici ca raclajul sau am combinat scopo-morfina fie cu anestezia generală, sau cu anestezia locală, când iera aplicabilă.

In rezumat avantagiele sunt numeroase şi anume:

1. *Bolnavii sunt scutiţi de impresiunea penibilă, pe care le-o face sala de operaţie şi pregătirele.*
2. *Pregătirea câmpului operator, se face în condiţiuni mai bune, bolnavul neopunând rezistenţă.*
3. *Inhalarea anestezicului se face în marea majoritate a cazurilor în linişte perfectă, fără tuse, salivaţie, sincopă.*
4. *Faza de excitaţie e nulă sau aproape nulă, în majoritatea cazurilor.*
5. *Timpul necesar adormirei e scăzut.*
6. *Vărsăturile sunt mult mai rare, deci alimentarea se face mai curând după operaţie.*
7. *In unele cazuri obţinem şi amnezie complectă.*
8. *Cardiacii, alcoolicii, nervoşii suportă mai cu înleznire anestezia cu scopo-morfină şi pe urmă anestezia prin inhalaţie, de cât anestezia prin inhalaţie d'emblée.*

Greutăţile aplicărei metoadei sunt următoarele: înainte de operaţie, trebue să ne ocupăm de bolnav, să-l supraveghiem; când avem mai multe operaţii e greu de potrivit momentul injecţiei pentru fie-care caz; soluţia trebue să fie proaspătă şi pregătită de o persoană de încredere. Cu toate aceste mici neajunsuri, credem că şi la noi acest procedeu va lua extensiunea pe care a luat'o în celelalte ţări, mai ales pentru calitatea lui cea mai mare de a fi un *procedeu uman.*

BIBLIOGRAFIE

Lucrările pe cari nu le-am avut la îndămână în original, ci numai în referate, le-am însemnat cu o stea.

(1) **Dastre et Morat.** Les accidents du chloroforme, leur théorie, leur remède. Semaine médicale 1888. p. 317.

(2) **Laborde.** Causes et mécanismes des accidents dus à la chloroformisation. Bull. de l'Académie de médecine de Paris. Iunie 1890 şi Semaine médicale 1890.

(3) **Reynier.** De la méthode atropo-morphinique dans la chloroformisation. Bult. et mémoires de la soc. de chirurg. Iulie 1890 şi Semaine médicale 1890.

* (4) **H. de Stella.** Etude pharmacodynamique de la scopolamine et de l'hyoscine. Archives de pharmacodynamie. 1897. III. 5—6. P. 381.

* (5) **Schneiderlin.** Aertztliche Mitteilungen aus u. f. Baden 1900. No. 10. pag. 101.

(6) **Korff.** München. med. Woch. 1901. T. II. P. 1160.

* (7) **Blos.** Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1902. Vol. XXXV.

* (8) **Steinbüchel.** Beiträge zur klinischen Chirurgie 1902. Vol. XXXV.

(9) **Witzel.** Münch. med. Woch. 1902. No. 42. p. 1993.

(10) **L. Grevsen.** Morphium-Skopolamin-Narkose Münch. med. Woch. 1903. No. 32.

(11) **Wild.** Berliner klin. Woch. 1903. No. 9.

(12) **S. Flatau.** Über die Anwendung der Morphin-Skopolamin-narkose in der Gynäkologie. Münch. Med. Woch. 1903. No. 28.

(13) **B. Korff.** Weitere Erfahrungen zur Skopolamin-Morphium-narkose in der Gynäkologie. Münch. med. Woch. 1903. No. 28 şi Berliner. klin. Woch. 1906 No. 51.

(14) **Hartog.** Münch. med. Woch. 1903. p. 2003.

(15) **Volkmann.** Deutsche med. Woch. 1903. No. 51.

(15) **Dirk şi Israël.** Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. Şedinţa de la 12 Dec. 1904. (referat în Zentr, für Chirurgie).

* (16) **J. Bakes.** Archiv für Chirurgie 1904. T. LXXIV.

* (17) **J. Lovrich.** Budapesti kir Ovroseggesüllet. 8 Noembrie 904.

* (18) **F. Lasék.** (Litomysl) Casopiea léekarn. Ceskych, 7. Ianuarie. 1905.

* (19) **Rys.** Casopia léekarn Ceskych. 29 April 1905.

* (20) **H. Landau.** Der Tod in der Morphium-Skopolamin-Narkose. Deutsche Med. Woch. 13 Iulie 1905.

* (21) **H. Ziffer.** Monatsch. f. Geb. und Gyn. 1905, vol. XXI, pag. 20

(22) **Rouffart et Walravens.** Soc. belge de chirurgie 1905. Decembrie.

(23) **Terrier et Desjardins.** La scopolamine comme anesthésique général. Presse médicale. 4 Mars 1905.

(24) **Walther.** Société de chirurgie de Paris. Şedinţa de la 21 şi 28 Iunie 1905.

(25) **Monod.** De l'emploi de la scopolamine en chirurgie urinaire. Société de chirurgie de Paris. 26 Iulie 1905.

(26) **Terrier.** De l'emploi de la scopolamine en chirurgie urinare. Soc. de chirurgie de Paris. 26 Iulie 1905.

(27) **Defontaine.** Société de chirurgie. 3. Mai 1905.

(28) **De Maurans.** Semaine médicale 1905.

* (29) **V. Manninger.** Neuere Methoden der Anesthesierung. Pester. Med. chir. Presse 2 Iulie 1905.

* (30) **Gauss.** Archiv. für Gynäkologie. t. LXXVIII fasc. 3. p. 579.

(31) **Hocheisen, Gauss, Bardeleben, Bumm, Kownatzki.** Soc. de Gynäkol. din Berlin, Iulie 1906.

(32) **Krönig.** Societatea Germană de Chirurgie din Berlin. Şedinţa de la 4—7 Aprilie 1906.

(33) **A. Laurendeau.** Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord 1906.

(34) **Walther.** *De l'Anestésie mixte par la scopomorphine et le chloroforme.* Société de Chirurgie de Paris 28 Februarie 1906.

(35) **E. Bloch.** Münch. med. Woch. 15 Maiu 1906.

(36) **Hirsch, Weinbrenner, Unverricht.** Medizinische Gesellschaft zu Magdeburg 5 Aprilie 1906.

(37) **Scholtz.** Aertztlicher Verein in Hamburg. Nachtrag zur Sitzung vom 29 Mai 1906. Münch. med. Woch. 19 Iulie 1906.

(38) **A. Schmitz.** Münch. medizinische Woch. No. 1095, din Mai 1906.

(39) **Krönig.** (Fr. i. Br.) Weitere Erfahrungen über die Kombination des Skopolamin-Morphium-Dämmerschlafs mit der Rückenmarksanästhesie bei Laparatomien. 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aertzte in Stuttgart. 16—22 Sept. 1906.

(40) **Franz Neu.** 78. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Stuttgart. 16.—22. Sept. 1906.

(41) **Lehmann.** Ueber Skopolamin-Morphium-Analgesie in der Geburtshilfe. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäk. Band. LVIII. Heft. 2. 1906.

(42) **Hocheisen.** Geburten mit Skopolamin-Morphium-Münchener mediz. Wochenschr. 11 Sept. 1906.

(43). **R. Link.** Ueber das Auftreten des Babinskischen Reflexes nach Skopolamin. Münch. med. Woch. 1906.

* (44) **Berillon.** Journal de Neurologie. 1906. No. 1.

(45) **Walther.** Société de chirurgie de Paris. Şedinţa de la 25 Februarie şi 28 Martie 1906.

(46) **Routier, Terrier, Chaput, Segond.** Societatea de chirurgie din Paris. Şedinţa de la 25 Februarie şi 28 Martie 1906.

(47) **G. Bardet, Ide (Louvain).** Nouvelle contribution à l'étude de la Scopolamine dans l'anesthésie générale. Société de thérapeutique. 9 Octombrie 1907.

(48) **Gauss.** Bericht über das erste Tausend Geburten im Skopolamin-Dämmerschlaf. Münch. med. Woch. 22 Ianuarie 1907.

(49) **Preller.** Münch. mediz. Woch. 22 Ianuarie 1907.

(50) **M. Penkert.** *Zur Technik der Lumbalanästhesien und Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf für die Bauchchirurgie und gynäkologische Laparotomie.* Münch. med. Woch. 1907. No. 4.

(51) **Holzbach.** Beiträge zum Skopolamin-Dämmerschlaf in der Geburtshilfe. Münch. med. Woch. 18 Iunie 1907.

(52) **O. Bass.** *107 Geburten in Skopo-Morphium-Halbnarkose.* Münch. med. Woch. 12 Martie 1907.

(53) **Kreuter.** Erfahrungen mit Skopolamin-Morphium-Chloroform-Narkose. Münch. med. Woch. 26 Februarie 1907.

(54) **Cimbal.** Altonaer ärtzlicher Verein 27 Februarie 1907.

* (55) **Steffen.** Zur Skopolamin-Morphium-Wirkung bei Geburten, Archiv für Gynäkologie. Band 81, Heft 2, 1907.

* (56) **Gminder.** Hegars Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie. Band XII, Heft 2, Leipzig. 100 Fälle von Morphium-Skopolamin-Narkose in der Geburtshilfe.

(57) **Cazin, M. Martin.** Congrès français de chirurgie, 1907.

(58) **P. Delbet, Chaput.** Bull. et mémoires de la société de chirurgie de Paris, 1907.

(59) **E. Boesch-Basel.** Die Wertigkeit des Skopolamin-Morphiums in der Gynäkologie. Zentr. f. Gynäkologie: No. 49, 1908.

(60) **Sieber.** Münch. medizinische Woch. 1447, 1908.

(61) **Klein.** Lumbalanästhesie und Dämmerschlaf. Münch. medizinische Woch. 24 N. 1908.

(62) **F. Kleinerz.** Ueber Geburten in Skopol.-Morphium-Dämmerschlaf. Zentr. f. Gyn. No. 4, 1907.

(63) **R. Dietschy.** Die Geburten im Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf. Korrespondenzblatt f. Schweizer Aertzte XXXVIII, 1908.

(64) **Mayer, Sieber.** Aertzliche Vereinig. Marburg, 19. Mai. 1908.

(65) **Krönig, Buist.** 76. Jahres-Versammlung der British medical Association in Sheffield, 29—31 Iulie, 1908.

(66) **Neuber.** Ueber Skopolamin-Narkose, 37. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurg. zu Berlin.

* (67) **A. Hirsch-Dresden.** Die Skopolamin-Morphium-Narkose, Wiener Klinische Rundschau, No. 51, 1907.

(68) **O. P. Mansfeld.** Betrachtung über den Zweck und die Art des Skopolamin-Dämmerschlafs in der Geburtshilfe. Wiener Klin. Woch., No. 1, 1907.

(69) **A. Mayer.** Soc. médicale de la Suisse romande, 29 Oct., 1908.

* (70) **Schoemaker.** (Haag). Relativ la 3000 de anestezii prin scopolamină şi chloroform sau ether. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1909, p. 302.

(71) **J. Berutti. Buenos-Aires.** Weitere 600 Geburten im Skopolamindämmerschlaf. Medizinische Klinik, No. 14 şi No. 15. 1909.

(72) **A. Friedländer.** Ueber die verstärkende Wirkung des Morphiums durch Skopolamin, nebst einem Vorschlag zur Bekämpfung des Morphinismus. Medizinische Klinik, No. 15, 1909.

(73) **H. Sieber.** Erwiderung auf die Arbeit von Frl. Dr. **Blisniansky**: Über den angeblichen nachteiligen Einfluss des Skopolamins auf Puls und Temperatur. Zentr. f. Gynäkologie, No. 11, 1909.

Dr. AL. P. ROBESCO
De la Faculté de Médecine de Paris. — Ancien Interne des Hôpitaux
de Blois et de Laon

Des moyens employés pour Combattre la Mortalité Infantile

II

Oeuvres d'assistance maternelle et infantile

Parmi les œuvres d'assistance, celles destinées aux femmes pendant la période de puerpéralité, sont assurément les plus importantes et aussi les plus intéressantes.

La femme enceinte a droit à l'assistance de ses semblables, car elle est faible doublement : comme femme d'abord, comme mère ensuite, parceque sa grossesse et sa maternité la privent de sa force physique, et aussi de l'énergie dont elle a besoin pour faire face aux difficultés de l'existence.

La vie de l'enfant dans le sein de sa mère est trop souvent menacée, détruite par les conditions où la mère se trouve placée. L'avortement guette la femme enceinte. Tantôt il surviendra en dehors de toute provocation intentionnelle, tantôt il est le résultat de manoeuvres criminelles. La statistique a bien essayé de se rendre compte de ces grossesses avortées, de ces enfants périssant avant d'être viables : elle n'a pas su et ne saura jamais nous fixer à ce sujet. Il est plus aisé de dresser un tableau statistique des enfants qui, nés au terme de la grossesse, viennent au monde sans vie, mort-nés comme on les appelle.

Cette morti-natalité est considérable dans toute l'Europe. Terrible déchet qui, pour la France, où la natalité est d'environ 850.000

par an, donne le chiffre effrayant de 60.000 mort-nés ! Pour y remédier il faut en tout premier lieu donner assistance à la femme enceinte.

Nous devons éviter ces avortements, cette morti-natalité, ces accouchements prématurés, en procurant à la femme enceinte la tranquillité et le repos qui lui permettront de mener sa grossesse à terme. Il est non moins important d'assister la femme pendant l'accouchement pour éviter, autant que possible, tout accident à ce moment-là, ainsi que pendant les jours qui le suivent.

Il importe, en effet, qu'il ne survienne chez les femmes ni des infections utérines qui peuvent les emporter ou compremettre leurs maternités futures, ni des affections mammaires qui, en empêchant l'allaitement, font courir de grands risques aux enfants.

Le nouveau-né lui-même doit être particulièrement surveillé, afin d'être mis à l'abri des infections ombilicales ou autres qui déterminent trop souvent sa mort, des conjonctivites purulentes qui sont des causes trop fréquentes de cécité, etc.

L'assistance maternelle et infantile est pratiquée selon les cas, soit au domicile de la mère, soit au contraire dans un établissement hospitalier.

A) — *Assistance à domicile*

Ce genre d'assistance convient parfaitement à la femme mariée qui a un foyer, une famille, un mari et des enfants. La femme mariée peut, en effet, trouver à son domicile, si on lui prête assistance, des soins suffisants pour que son accouchement se fasse dans d'excellentes conditions, au point de vue médical. Nous ferons cependant une exception, pour les dystocies et les cas anormaux, pour lesquels l'hôpital seul, avec le matériel perfectionné dont il dispose, permettra certaines interventions.

Nous aurons à envisager : d'abord des œuvres de bienfaisance privée, puis les œuvres de l'Assistance publique. Les premières ont ici une plus grande importance, vu le caractère intime et familial de cette protection.

I. — **Oeuvres privées.**—Voici les plus intéressantes d'entre elles:

Les Mutualités maternelles. — La Mutualité maternelle de Paris a été fondée en 1897 par M. Brylinsk et Félix Poussineau. Elle a pour but de „donner aux sociétaires, lorsqu'elles puissent s'abstenir de travailler pendant quatre semaines, et pour leur permettre de se soigner, et de donner à leur enfant les soins qu'il réclame pendant les premières semaines qui suivent la naissance“. Les patrons et des personnes bienfaisantes établissent un premier fonds et les ouvrières payent une cotisation annuelle de 3 francs. Grâce à cela, quand elles accouchent, elles reçoivent les soins d'un médecin ou d'une sage-femme, et pendant un mois, elles touchent une indemnité hébdomadaire qui est de 12 francs. Quand, après quatre semaines, la mère apporte au siège de la Société son enfant qu'elle allaite, elle reçoit de plus une prime de 10 francs. Qu'en résulte-t-il? C'est qu'il ne meurt pour ainsi dire plus d'enfants pendant le premier mois et le contrôle est facile, puisque les femmes présentent leur nouveau-né après vingt-huit jours. Il en succombe ensuite très peu.

De 1892 à 1905, sur 3.589 accouchements faits par la Mutualité de Paris, il y a eu 244 décès pour la première année, soit une mortalité infantile de 6.88 0/0. On remarque d'ailleurs que 2.989 enfants, c'est-à-dire 81 0/0, sont élevés au sein par leur mère et 700, soit 17 0/0, sont élevés au biberon.

D'autres mutualités maternelles, conçues sur le même plan, existent dans plusieurs villes de province.

La Mutualité maternelle de Vienne (Isère), celle de Lille, celle de Damnarie-les-Lys, celle de Saint-Étienne.

L'Association des Dames Mauloises est certainement une des plus intéressantes et une des plus utiles. Afin de réaliser ce double but: la mère, mise à l'abri grâce à certaines précautions d'accidents possibles pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, et comme conséquence résistance plus grande de l'enfant à naître, le dr. Pecker a créé dans son village, de Maule (Seine-et-Oise), une société de dames sous le nom d'Association des Dames Mauloises.

Fondée en 1898, cette œuvre a pour but de réaliser d'une façon complète l'assistance à la femme en couches.

La femme enceinte est secourue un mois avant son accouchement. Pour l'accouchement lui-même, elle est assistée par des gardes de bonne volonté, ou Sœurs de la maternité, qui la familiarisent avec les notions d'hygiène. Des gardes-malades payées la remplacent dans les soins du ménage.

Un matériel obstétrical, comprenant des antiseptiques, des objets de pansement (bassin, cuvettes, bock à injection avec canule de verre), du linge, est prêté pour le même moment. Une layette complète est fournie pour l'enfant.

Des œuvres analogues existent au Havre, à Saint-Rambert (Rhône), à l'Isle-Adam, à Briey, à Issy-les-Moulineaux.

La *Société de charité maternelle*, fondée en 1784 par M-me de Fougeret, et reconnue d'utilité publique depuis le 25-juillet 1811.

L'*Euvre d'assistance maternelle et infantile de Plaisance.*

La *Ligue française des mères de famille.* — Fondée en 1900 par M-me la D-sse Edwards-Pilliet, cette œuvre possède dans les mairies des différents arrondissements de Paris des coffres contenant du ligne et des objets de pansement, qu'on prête au moment de l'accouchement aux mères à secourir, désignées par les inspectrices.

L'*Oeuvre de la mère.* — On peut considérer cette œuvre comme une sorte d'échelon intermédiaire entre l'assistance à domicile et l'hospitalisation en commun dans les maternités, car elle n'assiste pas les mères à leur domicile même, mais chez des sages-femmes. Elle consiste à placer les femmes enceintes sans domicile, particulièrement celles qui n'ont pas de famille, chez des sages-femmes, non pas dans les pays même où elles habitent mais à proximité. Ces femmes peuvent passer là les derniers mois de leur grossesse et leur accouchement, sans être être exposées aux sarcasmes qui, surtout en province, les accablent trop souvent.

L'*Association des femmes en couches de Mulhouse* a été fondée au mois de juillet 1866 par Jean Dollfus; elle donne une indemnité aux ouvrières qui travaillent habituellement dans les fabriques; la mortalité des enfants nés des femmes secourues est beaucoup moindre que celle de la population ouvrière de la ville.

L'*Oeuvre de la Maternité*, fondée à Nancy en 1890 par le professeur Alphonse Hergot, la *Société protectrice de l'enfance* dite à Paris *Société Marjolin*, la *Société d'allaitement maternel*, le *Patronage des enfants en bas âge de Levallois-Perret*, la *Société de bienfaisance israélite*, etc., encouragent par tous les moyens l'allaitement maternel.

II. **L'Assistance publique.** — *Secours de grossesse.* A Paris, des secours de grossesse sont distribués par les bureaux de bienfaisance sur un crédit spécial de 100.000 francs voté par le conseil municipal, sur la proposition de M. le sénateur P. Strauss. Ils sont destinés aux femmes enceintes, non hospitalisées et hors d'état de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Consultations pour les femmes enceintes. — Dans les différents services d'accouchement de Paris ont été créées des consultations pour les femmes enceintes non hospitalisées.

Pour obliger les femmes nécessiteuses à les suivre, on devrait exiger d'elles, que toutes les fois qu'elles solicitent un secours quelconque de grossesse, un certificat médical attestant qu'elles s'y présentent régulièrement. Il faut multiplier ces consultations et en créer dans les villes et les campagnes où il n'en existe pas encore. Elles doivent être ouvertes à des heures où les femmes puissent les suivre en dehors de leur travail, dans la soirée par exemple.

Assistance à domicile des femmes et des enfants au moment de l'accouchement, par l'Assistance publique. — Les sages-femmes du bureau de bienfaisance vont assister à leur domicile les femmes pauvres, qui désirent ne pas quiter leur foyer, leur mari et leurs enfants. En cas de besoin, le mèdecin du bureau de bienfaisance est appelé près d'elles et si la situation est trop difficile, les femmes sont transportées dans une maternité.

Secours d'allaitement. — Enfin, des secours d'allaitement sont accordés : soit par l'administration centrale de l'Assistance publique, lorsque la mère n'habite pas avec le père de l'enfant ; soit par les bureaux de bienfaisance dans le cas contraire. Dans le premier cas, la mère reçoit de 20 à 35 francs par mois si elle nourrit au sein, de 15 à 25 francs si l'enfant est au biberon, et cela pendant deux ans ; dans le second cas, elle reçoit de 10 à 25 francs par mois, pendant un an et seulement si elle allaite elle-même.

B) — Assistance par hospitalisations.

Ce genre d'assistance convient surtout à la femme isolée, qu'elle soit fille, veuve, divorcée ou abandonnée par son mari. Celle-ci n'a quelquefois pas de domicile et en tout cas n'a pas un logis où elle soit dans des conditions suffisantes de confortable, de propreté, d'aération, pour pouvoir étre bien soignée ; elle n'a surtout personne pour lui prodiguer les soins nécessaires, pour la garder, la veiller, et aussi pour lui donner un peu d'affection, d'aide morale, dont elle aura besoin aux moments douloureux.

Elle trouvera tous ces soins, aussi parfaits que possible, dans l'hospitalisation, en même temps que le secret, l'anonymat dont elle a souvent besoin, pour cacher aux yeux de tous, une maternité, que les préjugés considèrent encore comme honteuse, car illégitime. Et ceci a son importance, car que d'avortements criminels n'éviterait-on pas, si l'on pouvait assurer à toutes les filles enceintes, le secret sur leur grossesse et leur accouchement!

Nous étudierons ce mode d'assistance: avant, pendant et après l'accouchement.

I. — **Pendant la grossesse.** On a ouvert un certain nombre d'asiles pour les femmes enceintes, leur permettant de trouver le repos qui leur est si nécessaire et le secret indispensable à un grand nombre d'entre elles. Certains dépendent de l'initiative privée; d'autres ressortissent à l'Assistance publique.

A) — **Oeuvres privées.** *Refuges-ouvroirs de la Société de l'allaitement maternel.* — En mars 1892, s'ouvrait à Paris le refuge-ouvroir pour femmes enceintes de l'avenue du Maine, le premier refuge de France ouvert aux femmes enceintes de toutes catégories. La création est due à une grande bienfaitrice de l'humanité, M-me Béquet de Vienne, qui, quinze ans auparavant, avait fondé l'œuvre de l'allaitement maternel. Les deux œuvres se complètent l'une l'autre, puisque la mère est ainsi assistée, protégée, secourue avant comme après la naissance de son enfant. L'asile de l'avenue du Maine reçoit indistinctement toute femme enceinte mariée, veuve ou célibataire, à qui un repos est nécessaire pendant le dernier mois de la grossesse. Aucune distinction n'est faite ni pour l'état civil, ni pour le lieu d'origine, ni pour cause de religion. On n'exige pas le nom de la femme quand pour une raison ou pour une autre, elle tient à le garder secret. Près de 700 femmes sont admises tous les ans. En neuf années, le refuge a reçu 5.732 femmes avec 188.563 journées de présence, soit une moyenne de 34 jours par femme. La plupart viennent de la province (les quatre cinquièmes), quelques-unes sont étrangères.

L'*Asile Saint-Michel* fondé, 177, rue Saint-Jacques, en 1858, par un ancien médecin, l'abbé de Missol. Les hospitalisées paient une pension de 2 francs par jour. Si après le sevrage, la mère ne peut nourrir son enfant, l'œuvre le recueille à son orphelinat d'Antony.

L'*Asile Sainte Madeleine* a été fondé en 1865 par M-me de Bryode. Il renferme 100 lits, et plus de 11.000 femmes enceintes ont été recueillies depuis sa fondation. Il ne reçoit que des filles-mères, dans le sixième mois de leur grossesse, moyennant le paiement d'une pension de 30 francs par mois. Les femmes indigentes sont admises gratuitement.

L'*Asile-ouvroir de la Société philanthropique de Paris*, ouvert depuis plusieurs années rue Saint-Jacques, n° 177, reçoit les femmes enceintes dans les derniers jours de leur grossesse, alors qu'elles attendent d'heure en heure leur accouchement, et que les Maternités bondées ne peuvent encore les recevoir.

L'*Asile temporaire de la Maison de la Mère, 6 bis, rue de l'Abbé Grégoire,* accueille les femmes enceintes à toutes les époques de la grossesse. Elle ne les y hospitalise pas définitivement, mais les garde jusqu'au moment où on leur a trouvé une place dans un des asiles existants. L'intérêt que présente cet asile consiste en ce qu'il recueille sans la faire attendre et sans aucune formalité toute femme enceinte qui se présente.

Il existe aussi en province, des asiles pour recevoir les femmes enceintes.

A Lyon : *à Bordeaux, à Nantes.*

Maternités Boucicaut. — Au nombre de trois, situées à Roubaix, à Mont-Saint-Aignan et à Chalon-sur-Saône, elles prennent les femmes non mariées à leur première grossesse.

B). — **L'Assistance publique.** Depuis longtemps, des lits étaient réservés dans quelques services aux femmes enceintes malades ou non. Il en était ainsi à la Maternité de Paris et à la clinique d'accouchement de la Faculté. Le nombre de ces lits a été augmenté et il en a été crée d'autres dans les nouvelles maternités.

A Paris, l'administration municipale fondait dès 1890, grâce à des donations particulières, un, puis deux, refuges-ouvroirs pour femmes sans travail et sans asile, avec ou sans enfants, enceintes ou non. Ce sont les refuges-ouvroirs pour femmes sans travail et sans asile, avec ou sans enfants, enceintes ou non. Ce sont les refuges Pauline-Roland et George Sand. Ces refuges furent vite envahis, et comme la moitié des femmes qui venaient y chercher asile étaient des femmes enceintes, le conseil municipal, décida le 7 mars 1890, la création d'un grand asile-dortoir pour les femmes enceintes arrivées au dernier mois de la grossesse. Ce fut:

L'*Asile Michelet.* — Celui ci est situé 235, rue de Tolbiac et renferme deux cents lits, qui sont presque toujours occupés. Dans l'espace de six ans (1893-1899) il a abrité 10.055 femmes, avec une durée moyenne de séjour de vingt-cinq jours pour chaque femme.

L'asile Michelet reçoit toutes les femmes enceintes à partir de sept mois et demi de grossesse, quels que soient leurs état civil, leur religion ou leur lieu d'origine. Les filles-mères y dominent, puisque, sur 10.055, elles atteignent à elles seules le chiffre de 8.335, plus de quatre cinquièmes. Les Parisiennes y viennent moins que les provinciales (1 pour 5); les étrangères y comptent pour un seizième, les domestiques, les couturières et les journalières sont de beaucoup les plus nombreuses. Elles peuvent comme dans les maternités, ne point donner leur nom; le secret est ainsi assuré pour elles. Le travail y est facultatif et rétribué.

II. — **Pendant l'accouchement.** A) *Bienfaisance privée.* La bienfaisance privée tient ici un rôle moins important que l'assistance publique, ce qui s'explique facilement, vu les ressources plus faibles dont elle dispose. L'accouchement est pratiqué dans un certain nombre d'institutions dont nous avons parlé au paragraphe précédent.

B) — **L'Assistance publique.** L'assistance publique assiste les femmes en couches en les admettant dans les Maternités ou en les recevant au domicile des sages femmes agréées. Celles-ci ne reçoivent pour les accoucher, que les femmes chez lesquelles tot semble devoir se passer normalement.

Notons que, si aucun renseignement sur leur état civil n'est exigé des femmes qui viennent demander asile aux hôpitaux de Paris, il n'en est pas de même dans la plupart des villes de province, où les commissions administratives sont souvent retenues par la crainte de voir leurs établissements envahis par des femmes étrangères à leur circonscription.

Or, la nécessité du secret est impérieuse dans certains cas, chez la femme adultère par exemple, chez les femmes qui ont à conserver une position, leur considération personnelle et l'honneur de leur famille. Sans le secret, le désespoir arrive facilement, et la vie de l'enfant est gravement menacée.

III. — **Après l'accouchement.** A) *Bienfaisance privée. L'Asile maternel de la Société philanthropique.* — Cet asile créé en 1886 est situé 201, avenue du Maine, contient 31 lits. Il reçoit les femmes à leur sortie de la Maternité et les garde en général une dizaine de jours. Il accueille surtout les filles-mères, qu'on s'efforce ensuite de placer, elles et leurs enfants.

La Pouponnière de Porchefontaine, près de Versailles, où des enfants que leurs mères ne peuvent nourrir, sont élevés au sein d'abord, puis à l'allaitement mixte et très attentivement surveillés sous la direction du Dr. Ramoyndi, a obtenu de trés beaux résultats. En créant cet établissement M-me Charpentier fit une véritable école de puériculture, car les nourrices y reçoivent journellement des conseils d'hygiène infantile qu'elles répandront à leur sortie de la Pouponnière.

Les Dispensaires pour enfants, crées sur le type indique par le Dr. Gibert (du Havre) se sont adjoint, eux aussi, des consultations de nourrissons qui donnent les meilleurs résultats, lorsqu'on y encourage l'allaitement maternel.

Les Crèches, dont la première fut fondée en 1844 par M. F. Marbeau, sont des établissements de charité, municipale ou privée, destinées à recevoir les enfants en bas âge le jour pendant l'absence forcée de leurs mères qui travaillent, à leur prodiguer pendant ce temps les soins convenables, et à les rendre à leurs parents à la fin de la journée.

Elles reçoivent les enfants depuis l'âge de 15 jours jusqu'à l'âge de 3 ans.

Les mères sont autorisées à quitter leur travail, pour aller donner le sein à leur enfant, une fois dans la matinée, et une fois dans l'aprés-midi. Comme elle le fait d'abord avant de les y déposer le matin, puis à midi à l'heure du déjeuner et le soir quand elles rentrent chez elles, l'allaitement au sein n'est nullement interrompu. Dans un certain nombre de crèches, une fois par semaine, à une heure fixée, le médecin pèse l'enfant lorsque la mère vient le chercher; il peut ainsi donner à celle-ci les conseils nécessaires.

La consultation de nourrissons s'adapte de la sorte à la crèche qu'elle complète. On cite parmi les mieux organisées: la crèche Brière à Rouen; au Havre la crèche Raymond Lerch, et à Paris la crèche Furtado Heine.

La plupart des crèches doivent leur organisation et les ressources dont elles subsistent à de grands industriels, qui estiment n'être point quittes envers les mères qu'ils emploient, en rétribuant leur travail. Il faut espérer que leur exemple sera suivi.

b) *L'Asistance publique.* — Il existe à Paris, deux asiles de convalescence pour les femmes en couches. Ce sont:

L'Asile Ledru-Rollin, créé à Fontenay-aux-Roses, en 1892, par le Conseil municipal de Paris.

L'Asile national du Vésinet possède un quartier spécial des mères nourrices, dans lequel il reçoit chaque année de 600 à 700 femmes accouchées dans les hôpitaux de Paris, ou chez les sages-femmes de l'Assistance publique.

Des services dits de crèche, destinés à recevoir les mères qui nourrissent, soit quand leur enfant n'est pas bien portant, soit quand elles sont elles-mêmes malades, existent dans quelques hôpitaux de Paris. Ces services devraient être multipliés, car ils permettent de ne pas séparer les nourrissons de leurs mères.

Un Pavillon dit des enfants débiles est ouvert à la Maternité, depuis 1894 et recueille les enfants nés prématurément.

⁂

Nous venons de donner un aperçu forcément très bref, des principales institutions, ayant pour but commun, l'assistance maternelle et infantile.

Mais cette assistance doit chercher à s'adapter aux besoins particuliers, de chacune des femmes auxquelles elle s'adresse ; chose impossible à réaliser entièrement, par une seule œuvre, si parfaite qu'elle soit. Aussi pensons-nous qu'il est possible d'obtenir une action plus efficace, en groupant plusieurs conditions de bienfaisance, qui créées dans des buts différents, se complètent mutuellement ; en combinant les ressources qu'offrent l'Assistance publique et la Bienfaisance privée.

La ligue contre la mortalité infantile peut jouer un rôle très important, en concentrant tous les efforts, en établissant un lien entre toutes ces œuvres, qui doivent se prêter un mutuel appui.

III

Enseignement et vulgarisation de la puériculture

1. *Conférences et cours de puériculture.* — Depuis douze ans, en France, l'enseignement officiel et particulier de l'hygiène infantile a fait de notables progrès. Un nom doit dominer celui de tous ceux qui ont propagé cet enseignement en France : c'est celui du professeur Budin.

Ses leçons professées à la Faculté de médecine, ses conférences soit dans les congrès, soit dans les sociétés d'enseignement populaire, sont connues de tous. Avec un ardente conviction et un dévouement sans bornes (puisque c'est en allant à Marseille vulgariser l'hygiène infantile qu'il a succombé), il a donné une impulsion considérable à cet enseignement.

M. le professeur Pinard, de son côté, a été le propagateur de ces refuges-ouvroirs qui tiennent une place si importante dans la puériculture intra-utérine. Il a, dans des conférences faites aux élèves de certains cours supérieurs des écoles communales de la ville de Paris, professé ses idées. Développant le vieil adage: le lait de la mère appartient à l'enfant, vérité incontestable dont chacun de nous est convaincu, il a, en outre, donné avec une grande clarté, et avec la plus extrême simplicité, des conseils qui sont certainement restés dans l'esprit de son auditoire. Il a publié (1) un petit livre très clair, très simple, qui contient tous les renseignements nécessaires, depuis la manière d'habiller l'enfant, jusqu'à la façon de le nourrir.

M. le Dr. Variot, depuis un grand nombre d'années, tant dans ses leçons à l'hôpital des Enfants-Malades, qu'à la goutte de lait de Belleville et dans des conférences organisées par la ville de Paris, a initié un grand nombre de médecins, d'étudiants et de mères aux difficultés de l'hygiène infantile.

Bien d'autres médecins encore ont propagé les notions de la puériculture.

Cependant, si excellent qu'il soit, cet enseignement théorique n'aurait pas porté ses fruits si on ne lui avait joint un véritable enseignement pratique: la *consultation de nourrissons*, „véritable école des mères", suivant l'expression si juste du Dr. H. de Rothschild. L'éducation des mères s'y fait admirablement. C'est en les suivant que les étudiants en médecine et les sages-femmes s'initieront à l'hygiène alimentaire des enfants; et pour cela il n'y aura jamais trop de consultations annexées aux services d'accouchement, organisées dans les dispensaires, ou isolées. Les instituteurs et les institutrices pourront y prendre d'excellentes leçons de choses, qu'ils inculqueront ensuite aux enfants.

Mais ce ne sont pas seulement les mères, ce sont aussi les jeunes filles qu'il faut y amener. Au congrès d'hygiène de Bruxelles (Septembre 1903) on a exprimé le vœu „que pour les jeunes filles, depuis l'école moyenne jusqu'à l'école normale et spécialement dans les écoles ménagères, il soit institué des leçons pratiques d'hygiène infantile, notamment en leur faisant suivre des consultations de nourrissons".

---

(1) Pinard. *La puériculture du premier âge.* Paris, 1904.

Au mois de novembre suivant, on inaugurait à Bruxelles une école spéciale de puériculture fondée sur ces principes.

Certes on ne peut songer à créer une école spéciale de puériculture dans chaque commune; mais, toutes proportions gardées, on peut dire que cette école existe partout où fonctionne une consultation de nourrissons. Il faut souhaiter qu'on y conduise les jeunes filles, elles y apprendront leur futur rôle de mères et sauront ne pas se laisser influencer par de néfastes préjugés. Il y a cependant en France, une *École des mères,* création de M-me Moll-Weiss, qui forme des femmes aptes à remplir leur rôle de mère, et des jeunes filles susceptibles d'élever un jour des enfants selon les meilleures règles de l'hygiène. Cette institution fonctionne à Bordeaux et à Paris.

2. *Affiches et Brochures.* — Depuis quelques années, la préfecture de la Seine fait afficher au moment des grandes chaleurs, les principales prescriptions de l'hygiène alimentaire des nourrissons. Ces affiches officielles, placardées avec les documents administratifs, attirent forcément l'attention, et comme elles sont signées par les membres du Comité central d'hygiène, elles tirent de leur provenance une autorité suffisante pour que leurs conseils soient écoutés par ceux qui les lisent.

Au congrès de Bruxelles, cité plus haut, on a demandé par un vote que: „Dans toutes les communes des notices sur l'allaitement et l'hygiène des nouveau-nés, en tête desquelles figure ce précepte que jamais l'allaitement artificiel ne vaut l'allaitement maternel, soient delivrées au moment du mariage et de la déclaration de naissance".

IV

L'inspection des vacheries et la surveillance du lait

Nous avons vu qu'une des principales causes de la mortalité des enfants de 0 à 2 ans, était la tuberculose. Or, les recherches les plus récentes ont montré que sur douze enfants tuberculeux, six furent contaminés par le bacille de la tuberculose bovine. D'après M. Nocard (1), 5 à 60/0 des vaches laitières sont atteintes de la pommelière, de la tuberculose occulte de la mamelle, que seul un examen minutieux peut décéler. Le lait sécrété par des glandes mammaires tuberculeuses contient presque infailliblement des bacilles vivants ; il est donc très dangereux surtout pour les organismes jeunes ou débilités par la maladie. D'autre part, il suffit que dans une étable, il y ait eu naguère des animaux malades, pour que l'on retrouve des microbes tuberculeux un peu partout et notamment sur les objets qui servent à la traite.

---

(1) Nocard. *Les tuberculoses animales et la tuberculose humaine,* 1870.

La propreté et l'hygiène des étables, l'alimentation des vaches, la récolte du lait devraient être donc surveillées avec une grande sévérité.

Les maires devraient être autorisés à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'inspection des vacheries et la surveillance du lait afin que l'on ne puisse délivrer sous ce nom un liquide, qui non seulement n'est pas nourrissant, mais encore est dangereux.

En effet, le lait de vache qui devrait contenir à peu près 870 parties d'eau pour 1000, 40 de beurre, 50 de lactose et 40 de caséine et sels réunis, est malheureusement loin d'avoir toujours cette composition dans le commerce. Outre les souillures qu'il subit trop souvent au moment de la traite, il passe par de nombreux intermédiaires et est fréquemment altéré par des manœuvres frauduleuses dont les deux plus communes sont l'écrémage et le mouillage.

Il n'est pas rare que le beurre soit enlevé dans des proportions considérables, ce qui fait perdre au lait une de ses principales qualités nutritives. Pour n'en citer qu'un exemple, dans le département du Nord, où la mortalité infantile est si grande, les statistiques des analyses de lait publiées par M. Staès-Brame, directeur du bureau d'hygiène de Lille, témoignent du degré incroyable que peut atteindre la fraude.

C'est ainsi que les analyses du mois de mars 1900, citées par Budin (1), ont démontré que le lait écrémé à la turbine arrivait à ne contenir que 4 grammes et même 2 grammes, 5 de beurre par litre !

Quant à l'addition d'eau, elle est plus néfaste encore, car cette eau souvent impure, contaminée, peut servir de véhicule à des microbes malfaisants.

Il serait cependant facile de découvrir ces fraudes ; l'écrémage à l'aide du centrifugeur du professeur Gerber de Zurich; le mouillage à l'aide de la cryoscopie.

---

(1) Budin, *L'obstétrique*, janvier 1903, p. 13.

Malheureusement à l'heure actuelle en France, il n'existe aucune loi visant de façon toute spéciale la protection du lait depuis l'étable jusque chez le consommateur. En 1904, M Delory, député, a déposé un projet de loi qui a pour but: „La répression des fraudes dans le commerce du lait“. Cette proposition, renvoyée à la Commission de l'agriculture, a fait l'objet d'un intéressant rapport de la part de M. Lucien Cornet, député (4 janvier 1908), dans lequel il a été formulé quelques amendements. Tel qu'il est, s'il était adopté par les Chambres, ce projet serait des plus heureux dans ses résultats et contribuerait à assurer au public un lait sain et normal.

Ce serait un acheminement vers la réalisation du vœu émis, en octobre 1905, au Congrès de laiterie:

„1. Une législation tendant à rendre plus efficace la répression des fraudes de lait;

„2. Soumettre à une réglementation et à une surveillance sérieuse les producteurs, convoyeurs, détenteurs et marchands laitiers;

„3. Faire fixer, par une commission compétente, les méthodes d'analyse, les compositions moyennes du lait d'une même région;

„4. Assurer les transports hygiéniques du lait et, autant que possible, fixer l'origine des laits livrés;

„5. Enfin, créer le contrôle le plus sévère des laits, la vérification constante de la production jusqu'à la consommation“.

Il est à souhaiter qu'une législation répondant au vœu émis au Congrès de laiterie en 1905, ne tarde pas à être promulguée. Enfin, l'État devrait installer des usines de stérilisation du lait, et le faire distribuer gratuitement par les mairies sur l'avis d'un médecin; et créer des écoles de laiterie, pour arriver plus facilement à reformer les habitudes des laitiers.

V

Les lois d'assistance et de protection de l'enfance

Les lois existant en ce moment en France, et ayant pour but la protection des enfants en bas âge, comprennent trois catégories d'enfants, élevés hors de leur famille:

1. Ceux qui, appartenant à une famille plus ou moins aisée,

sont placés en nourrice par les soins des parents eux-mêmes qui paient les frais de nourriture et en surveillent la marche et l'exécution.

2. Ceux qui sont abandonnés par leur famille, exposés sur la voie publique (enfants trouvés); remis dans les hôpitaux dépositaires, dans les bureaux de bienfaisance, dans les mairies ou préfectures (enfants abandonnés); ceux dont les parents sont morts (orphelins).

3. Ceux dont les parents sont déchus, ou dessaisis de l'autorité paternelle en vertu de la loi de 1889, et confiés comme pupilles à l'Assistance publique (enfants moralement abandonnés).

A ces trois catégories d'enfants élevés hors de leur famille, il convient d'en ajouter deux autres, auxquelles le législateur n'a pas pensé et qui, au point de vue de l'assistance et de la protection préventives de la mortalité, méritent une sérieuse attention:

4. Les enfants en bas âge qui, abandonnés par leurs mères qui vont se placer comme nourrices, sont remis aux soins de leurs autres parents et élevés tant bien que mal par ceux-ci;

5. Les enfants dont les mères sont obligées d'aller travailler pendant la journée, qui sont confiés momentanément à des personnes étrangères, véritablement placés en nourrice pendant ce temps, et qui rentrent dans la première catégorie.

A tous ces enfants qui vivent hors du toit familial, soit momentanément, soit d'une façon plus ou moins définitive, la Société doit une véritable protection, pour les mettre à l'abri des dangers énormes qu'entraîne leur abandon plus ou moins complet.

Ces questions préliminaires étant posées, voyons ce qui a été fait en France par les pouvoirs publics, pour assurer la protection des enfants en nourrice.

La loi Roussel. — Cette loi fut promulguée le 23 décembre 1874 et porte le nom du grand philanthrope, le Dr. Théophile Roussel, qui en fut l'instigateur infatigable. La loi Roussel est tout entière dans l'article 1-er ainsi conçu: „Tout enfant âgé de moins de 2 ans qui est placé moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents, devient par ce fait l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de protéger sa vie et sa santé.“ Cette loi ne semble plus s'adapter suffisamment aux exigences de la société moderne. Telle qu'elle a été conçue et appliquée, elle a rendu d'incontestables services, elle fut un progrès notoire sur les errements en vigueur au moment de sa promulgation. Mais elle était imparfaite, l'expérience l'a prouvé et les pouvoirs publics l'ont bien compris.

Diverses modifications de la loi Roussel, sont réclamées par les médecins de la protection des enfants du premier âge.

Ils sont tous d'accord, pour demander que le texte de la loi Roussel soit modifié de telle façon, que tout enfant, quel qu'il soit, âgé de moins de deux ans, mis en nourrice, en sevrage on en garde hors du domicile de ses père et mère ou tuteur légal, soit l'objet d'une surveillance. Les mots „placé moyennant salaire“ qui se trouvent dans la loi de 1874 et qui ont permis beaucoup d'abus devront disparaître.

Les médecins réclament encore: que les certificats de nourrices soient délivrés pas eux seuls; qu'un enfant ne puisse pas être envoyé en nourrice à la campagne sans un certificat, indiquant qu'il est transportable; et enfin que le paiement des nourrices soit assuré et que les enfants malades puissent rapidement recevoir des secours.

Ils demandent avant tout et surtout, l'interdiction absolue de fabriquer et de vendre des biberons à long tube si meurtriers; les tolérer, a-t-on dit, c'est favoriser l'infanticide.

La loi pour la protection de la santé publique, promulguée le 19 février 1902, contient un article pouvant rendre de grands services. En effet, son neuvième article est ainsi conçu: „Lorsque, pendant trois années consécutives, le nombre des décès dans une commune a dépassé le chiffre de la mortalité moyenne de la France, le préfet est tenu de charger le conseil départemental d'hygiène de proceder, soit par lui-même, soit par la commission sanitaire de la circonscription, à une enquête sur les conditions sanitaires de la commune.“

La loi contre les assurances sur décès d'enfants, votée tout récemment par la Chambre des députés et le Sénat, aura comme résultat, que ces pratiques immorales et néfastes ne seront plus tolérées en France. Elles persisteront malheureusement encore dans quelques pays étrangers, où cette loi n'existe pas encore.

⁂

Malgré toutes ces lois, il reste encore beaucoup à faire et en particulier pour les ouvrières pauvres et pour les femmes employées dans l'industrie.

Pendant la grossesse, il faudrait les empêcher de rester debout et leur permettre de travailler dans la situation assise, leur

éviter certaines intoxications, par exemple, celles par le plomb et le tabac, et régler le nombre d'heures pendant lesquelles elles pourraient être occupées.

Une loi devrait être édictée, ordonnant avec une indemnité compensatrice, la cessation du travail pendant les dernières semaines de la grossesse, et les quatre premières après l'accouchement. On ne saurait trop s'élever, contre la nécessité et la possibilité dans laquelle se trouvent les femmes pauvres, de se remettre rapidement au travail après leur accouchement, afin de gagner leur vie. Comme la femme a besoin de vivre pendant ce temps, le repos obligatoire doit entraîner nécessairement l'allocation d'une indemnité à la mère.

Dr. S. IRIMESCU

Mijloacele pentru combaterea malariei

(Urmare)

La *Bivolul* (Dorohoi); populaţie 1100 locuitori.

Din 444 supuşi la profilaxie s'au impaludat 5, din cauză că n'au urmat chininizarea în mod regulat; din 656 păstraţi ca martori s'au impaludat 22. Procentul printre profilaxaţi e de 1°/₀, printre martori de 3°/₀.

La *Perişorul* (Dolj); populaţie 1838 locuitori.

Din 172 supuşi la profilaxie în mod regulat nu s'a înbolnăvit nici unul; din 342 cari au luat chinina profilactic neregulat s'au impaludat 50; la 1268 martori s'au găsit 179 paludici. Procentul a fost de 0°/₀ printre cei cu profilaxia regulată, de 14°/₀ la cei cu profilaxia neregulată şi de 14°/₀ la martori.

La *Ciuperceni* (Dolj); populaţie 2287 locuitori.

Din 404 supuşi la profilaxie s'au impaludat 7; din 1883 păstraţi ca martori, 107. Procentul celor impaludaţi e de 1,7°/₀ între profilaxaţi şi de 6°/₀ între martori.

La *Folteşti* (Covurlui); populaţie 1102 locuitori.

S'au supus la tratament 75 paludici.

La *Hotărani*, cătun dependinte de comuna Vănjuleţ (Mehedinţi); populaţie 571 locuitori.

Din 413 supuşi la profilaxie nu s'a impaludat nici unul; din 158 păstraţi ca martori s'au impaludat 18.

Procentul e de 0% între cei profilaxaţi şi de 12% între martori.

La *Podul-Grosului* (Mehedinţi) ; populaţie 364 locuitori. Dintre ei, s'au impaludat 215, cari au fost chininizaţi.

La *Ghimpaţi* (Vlaşca) ; populaţie 1300 locuitori.

Din 200 supuşi la profilaxie, s'au îmbolnăvit 4 ; din 1100 păstraţi ca martori s'au impaludat 205. Procentul e de 2% între profilaxaţi şi de 19% între martori.

La *Clejani* (Vlaşca) ; populaţie 1950 locuitori.

Din 200 supuşi la profilaxie s'au impaludat 2 ; din 1750 păstraţi ca martori, numărul bolnavilor a fost de 256. Pe când dar dintre profilaxaţi s'au impaludat 1%, printre martori procentul a fost de 14%.

La *Beilic* (Constanţa) ; populaţie 1264 locuitori.

Până la începerea profilaxiei fuseseră în 1906, 74 impaludaţi. De la 24 Iunie se supun la profilaxia chininică 404 şi se păstrează ca martori 780.

Din 404 profilaxaţi s'au bolnăvit 4, din cei 780 păstraţi ca martori s'au impaludat 39. Procentul e de 1% între profilaxaţi, de 5% între martori sau chiar de 15% dacă se adaogă şi cei impaludaţi, în 1906, înainte de profilaxie.

Dacă se adună cifrele din întreaga campanie a anului 1906, se ajunge la rezultatele următoare: *din 6161 locuitori supuşi la profilaxia chininică s'au impaludat 62 sau 1% ; din 15838 păstraţi ca martori, numărul malaricilor a fost de 2683 sau 18%.* Cifrele pe care le-am relatat considerate pentru fie-care localitate în parte, merită oare-cari complectări şi rectificări. In comunele mai puţin populate unde agentul sanitar a putut urmări de aproape starea sanitară a populaţiei şi chininiza cu toată grija pe cei supuşi la profilaxie (Satul nou, Vlădeni, Căueşti, Ghidigeni, Liiceni, Săpunari, Vădastra), rezultatele au fost excelente : la cei profilaxaţi nu s'au observat aproape de loc cazuri de paludism sau o proporţie infimă până la 1%, pe când martorii s'au impaludat în proporţie destul de mare, până la 40 sau 55%.

In comunele prea populate, cum sarcina de a face chininizarea regulat, la un mare număr de locuitori, era excesiv de grea pentru un singur agent sanitar, numărul agenţilor sanitari ne putând fi sporit mai mult, din cauză că bugetul campaniilor malarice, luat din fondul de epidemii e cât se poate de restrâns, profilaxia s'a redus la o parte mică din populaţie, rămânând ca pentru rest, să se trateze cazurile, pe măsură ce se vor ivi.

Şi într'aceste localităţi (Clejani, Ghimpaţi, Ciuperceni, Perişorul, Voevoda), proporţia impaludaţilor printre cei profilaxaţi a fost cu mult mai mică de cât printre martori.

In comune mai puţin impaludate, în cari s'a făcut campania antimalarică, ca în comuna Bivolul (Dorohoi) şi Hotăranii (Mehedinţi), numărul bolnavilor chiar printre martori a fost destul de mic. Intr'aceste comune însă, în anii anteriori, cazurile de malarie fuseseră destul de numeroase şi dintr'această cauză medicii de judeţ le-au desemnat ca localităţi în cari o campanie antimalarică era necesară. Chininizarea făcută profilactic, la o parte din populaţie, şi tratarea cazurilor la martori, pe măsură ce se iveau, au contribuit în bună parte, să reducă în aceste comune numărul cazurilor de paludism, în 1906.

Din datele relatate, pentru 1906, se vede că în diferitele localităţi, campania nu s'a început într'acelaşi timp. Agenţii sanitari detaşaţi în comunele impaludate, în luna Mai, au făcut prealabil o anchetă amănunţită a cazurilor de malarie şi numai după ce am cercetat personal starea sanitară a satului în ceea ce priveşte extenzia pe care o prezintă malaria, am fixat, la ce dată şi la care parte din populaţie, chininizarea trebuea să fie aplicată.

Profilaxia a continuat până la 1 Octombrie. La această dată, direcţia serviciului sanitar a adresat în urma raportului meu, o circulară către medicii primari din judeţele în cari se făcuse campania antimalarică, pentru a arăta măsurile, cari trebueau continuate în localităţile profilaxate. Intr'această circulară se specifica, că de la 1 Octombrie, încetează distribuirea profilactică a chininei, dar că agenţii însărcinaţi cu combaterea malariei, rămân în posturile lor până la 15 Octombrie. In intervalul de la 1—15 Octombrie ei erau datori să trateze cazurile noi de friguri, cari s'ar mai fi ivit, să pună în ordine registrele şi să-şi complecteze toate datele asupra chininizărei făcute în localitatea unde fuseseră detaşaţi. Inainte de plecare ei trebueau să întocmească o listă de cazurile de friguri dintr'a doua jumătate a lunei August şi din Septembrie, de oare ce la aceşti bolnavi tratamentul avea să fie continuat a 7-a şi a 8-a zi, aşa în cât chinina să fie administrată $2^1/_2$—3 luni de la începutul boalei.

Cu această îndatorire, după plecarea agenţilor sanitari detaşaţi pentru combaterea malariei, trebueau să fie însărcinaţi agenţii cercurilor respective, fără să lase de o parte celelalte atribuţii: combaterea altor epidemii, vaccinările etc. Intr'acest scop listele de bolnavi la cari tratamentul nu era încă terminat, trebueau să fie încredinţate agenţilor sanitari locali, cărora agenţii aveau să le arate şi modul cum să procedeze pentru tratamentul cazurilor noi şi al recidivelor, conformându-se întocmai circulărilor primite. In cazul când agentul sanitar al cercului, nu se putea transporta în localitatea unde se făcuse campania antimalarică, chininizarea era încredinţată provizoriu moaşelor rurale sau în lipsa lor, învăţătorilor şi preoţilor, cărora li se dau instrucţiile necesare.

Pentru tratamentul cazurilor rămase şi al recidivelor cari se puteau produce, agenţii însărcinaţi cu combaterea malariei, trebueau să arăte direcţiei sanitare cantitatea de chinină necesară stabilită de fie-care dintre ei, după numărul cazurilor ivite în ultimul timp şi după morbiditatea paludică, în localitatea în care fuseseră detaşaţi.

Prin circulara aceasta — publicată în Buletinul sanitar dela 30 Sept. 1906 — credeam că pot asigura o oare-care continuitate în campaniile antimalarice. Evident însă că, controlul care se făcea în localităţile unde se aplicase profilaxia chininică, nu mai putea fi în lunile de iarnă şi primăvară suficient de riguros, de oare ce agenţii cercurilor şi medicii de judeţe şi de plăşi cari trebueau să'i inspecteze — însărcinarea mea încetase pe ziua de 15 Oct. — supra-încărcaţi de atribuţii n'aveau tot timpul necesar ca să cerceteze de aproape cazurile de malarie. Numai însă, printr'un asemenea control, tratând sistematic recidivele pe măsură ce se iveau, rezultatele obţinute se puteau menţine. Din rapoartele adresate direcţiei sanitare, din toamna anului 1906, până în primăvara anului 1907, de către medicii primari din judeţele în cari se făcuseră campaniile antimalarice, se poate vedea că s'a căutat să se aplice cât se poate de regulat măsurile prescrise prin circulara de la 30 Septembrie 1906. Lipsa însă a personalului a făcut ca supravegherea să nu poată fi completă (1).

---

(1) Costul campaniei antimalarice din 1906, fiind dată extenzia pe care a avut-o, a fost relativ destul de mic. Personalul s'a redus la medicul conducător al campaniei, retribuit cu 500 lei lunar şi la agenţii sanitari retribuiţi cu 80 lei. Pentru profilaxia şi tratamentul unei populaţii de 21999 locuitori, s'au cheltuit 31.716 lei, din cari 17,223 pentru personal şi 14.493 pentru material (chinină, registre, obiecte de laborator). In comparaţie cu sumele cheltuite pentru campaniile antimalarice într'alte ţări, cifra aceasta e absolut neînsemnată. Am arătat mai sus că la Ismailia s'au cheltuit 50000 lei şi în Malezia pentru două localităţi Klang şi Port-Swettenham, având împreună 4000 locuitori, 252.500 lei într'un singur an. (Ronald Ross. Malaria campaign. Raport la congresul international de Igienă. Berlin 1907. Vol. III. Part. 2).

In primăvara anului 1907, schimbarea direcţiei sanitare, a întârziat campania antimalarică. Printr'un raport, înaintat consiliului superior sanitar la 14 Mai, am arătat ce se făcuse în 1906 şi am cerut, pentru a nu se pierde beneficiul campaniei din acest an, ca profilaxia şi tratamentul curativ să fie continuate în 1907 în comunele în cari se făcuse chininizarea în 1906. Utilizând însă experienţa dobândită pentru aceste localităţi, propuneam oare-cari mici modificări: comunele mai puţin impaludate (Hotăranii, Bivolul) puteau fi lăsate în grija agenţilor cercurilor respective, comunele însă destul de impaludate dar şi foarte populate (Perişorul, Ciupercenii vechi) aveau nevoe de un personal mai numeros pentru a se putea face o chininizare riguroasă.

Fiind date rezultatele aşa de bune obţinute în 1907, ceream pe de altă parte, extensia campaniilor antimalarice, propunând ca în unele din judeţele cele mai impaludate, Romanaţii, Ilfovul, Vlaşca să se ia o serie de comune situate într'aceeaşi zonă, pentru o chininizare intensivă profilactică şi curativă, aşa încât să se ajungă la sterilizarea pe cât posibil complectă a acestor zone din punctul de vedere al paludismului.

Consiliul sanitar superior în şedinţa de la 16 Mai a hotărât însă ca pentru 1907, campania să se facă numai pe zone în câte-va din judeţele cele mai impaludate din ţară: Ilfov, Vlaşca, Romanaţi şi n'a crezut de cuviinţă să se continue, cu un personal special de agenţi sanitari, supravegherea localităţilor în cari se făcuse campania în 1906. Objecţia ridicată de unii membrii ai consiliului că, în 1906, campania se făcuse sub formă de experienţe, în localităţi diseminate, în loc să se ia zone compacte, nu era însă de cât în aparenţă justă. In realitate, cum am arătat mai sus, în 1906, campania antimalarică s'a făcut pe o scară întinsă, la o populaţie numeroasă şi cu rezultate cât se poate de bune. Cât despre faptul că nu se concentrase campania pe zone, explicaţia e că intenţionat s'au luat localităţi foarte impaludate din diferite judeţe, cu scopul bine hotărât, ca rezultatele obţinute să serve de exemplu şi să fie un imbold pentru extensia în aceste judeţe, în mod treptat, a profilaxiei chininice la un număr cât mai mare de localităţi. Campania pe zone, deşi prezintă avantagii din punctul de vedere al supravegherei, nu poate însă să asigure o sterilizare complectă a localităţei în ceea-ce priveşte malaria.

Agenţii transmiţători ai paludismului — anophelii — persistă şi ori cât de sistematic s'ar chininiza populaţia locală, e suficient, ca locuitorii satelor vecine în cari nu s'a făcut chininizarea şi cari pot să aibă paraziţi în sânge, să vină în localitate, pentru ca condiţiile de dezvoltare ale unei noi epidemii să fie realizate. Şi pentru zone prin urmare, ca şi pentru localităţi diseminate, o supraveghere constantă, făcută un număr de ani, e necesară, pentru a se putea menţine rezultatele obţinute în urma unei chininizări riguros aplicate.

Prin adresa cu No. 11.562 din 22 Mai am fost însărcinat de consiliul sanitar superior cu conducerea generală a campaniei antimalarice şi cu organizarea ei în special în judeţul Ilfov. Pentru judeţul Romanaţi, conducerea locală a campaniei a fost încredinţată medicului primar de judeţ, doctorul Daniel Ionescu; pentru Vlaşca, doctorului I. Panea. In scop de a exercita un control şi mai efectiv, am detaşat în fie-care judeţ câte un student în medicină, cu îndatorirea să locuească într'una din comunele în care se făcea campania, pentru a supraveghea de aproape măsurile cari urmau să se aplice.

Pentru judeţul Ilfov, am ales ca zonă comunele situate între Obileştii-Noi şi Ulmeni, de alungul Mostiştei, de oare-ce era una diu cele mai impaludate din judeţ. Numărul locuitorilor coprinşi în zona care trebuea să fie profilaxată, era de 16.926 distribuiţi în 22 comune şi cătune. După topografia satelor şi după rezultatele anchetei relativă la epidemiile anterioare de paludism, am aplicat profilaxia chininică la un număr variabil de locuitori. Pentru campania antimalarică din judeţul Ilfov, aveam la dispoziţie 14 agenţi sanitari, aşa încât în medie revenea pentru 1.200 locuitori, un singur agent. Generalizarea profilaxiei chininice la toată populaţia am socotit-o neaplicabilă, de oare-ce pe lângă că ar fi atras cheltueli prea mari, din cauza cantităţei de chinină necesară, n'ar fi permis nici păstrarea riguroasă a regulelor de distribuire a chininei, fiind-că e ca şi o imposibilitate, pentru un singur agent sanitar, să supravegheze de aproape o populaţie de 1.200 locuitori, mulţi dintre ei nestabili, ca să le distribue preventiv chinina şi să trateze într'acelaşi timp cazurile noi şi recidivele, existente deja, în momentul începerei campaniei antimalarice. Problemul era de a concilia numărul mic de agenţi sanitari, număr mic impus prin nevoia de a nu greva prea mult bugetul campaniilor antimalarice, cu o chininizare sistematic condusă.

Am limitat, din cauza aceasta, profilaxia chininică la acele sate şi cătune, cari din cercetări şi anchete, făcute cu toată grija necesară, avuseseră în anii anteriori un număr mare de paludici şi chiar din acele sate şi cătune am supus la chininizare numai pe cei cari ocupau locuinţele cele mai expuse prin situaţia lor la paludism. In cele-lalte localităţi, precum şi la restul populaţiei păstrată ca martori, în satele în cari să făcea chininizarea preventivă, am aplicat următorul sistem: observând că foarte adese-ori în malarie sunt adevărate epidemii de case, epidemii explicabile prin etiologia anopheliană a paludismului, am chininizat preventiv pe toţi membrii familiei, în cazul când unul din ei se bolnăvea de friguri.

In privinţa modului de administrare preventivă a chininei, am introdus o mică modificare faţă de anii anteriori. Distribuirea profilactică a chininei, a noua şi a zecea zi, aplicată în anii anteriori, prezintă oare-cari dezavantagii, din cauză că chininizarea trebuea să se facă dese ori în zilele din cursul săptămânei când locuitorii erau plecaţi pentru munca câmpului. Am crezut de aceea, mai nemerit, să chininizez preventiv, a şeaptea şi a opta zi, Duminica şi Lunea sau Sâmbăta şi Duminica, când locuitorii pot fi mai cu uşurinţă găsiţi la domiciliu.

Am redus însă doza de chinină distribuită, administrând numai 0.75 centigr., la bărbaţi, 0.50 la femei şi la copii cantităţi variabile, după vârstă, în felul indicat mai sus. In primele două săptămâni din Iunie, s'a distribuit uniform la bărbaţi şi femei 0.50 centigr., de oare-ce cazurile noi erau puţin numeroase.

Intr'acelaşi timp, după regulele stabilite mai sus, agenţii sanitari, în momentul sosirei lor, tratau nu numai bolnavii noi pe cari îi descopereau dar şi pe paludicii, cari prezintaseră accese cu câte-va luni înainte, de oare-ce la aceştia chininizarea se făcuse incomplect şi mulţi dintre ei, cum am constatat prin examenul microscopic, prezentau paraziţi în sânge. Sulfatul de chinină a fost distribuit în pastile, conţinând 0.50 sau 0.25 centigrame. Administrarea în pastile prezintă oare-cari avantagii, de oare-ce sub forma aceasta, chinina fiind uşor de înghiţit, e acceptată fără opoziţie de populaţie. Deşi rare-ori, dar totuşi într'unele cazuri (turburări gastro-intestinale), pastilele pot fi însă eliminate intacte în materiile fecale.

Pentru a evita acest inconvenient şi pentru a avea chinina cu un preţ cât de scăzut, am crezut că e nemerit ca direcţia sanitară să întrebuinţeze chinina direct comandată la fabricile de produse chimice şi repartizată în capsule de farmaciştii săi proprii. In felul acesta în loc de 72 lei, cât se plătea la farmacişti, chilogramul de chinină distribuit în buline de 0.75, 0.50 şi 0.25 centigr., a revenit la 52 lei. La copii prea mici, cari nu puteau lua capsule sau pastilele, chinina s'a distribuit în soluţie $5^{0}/_{0}$. Sub forma aceasta, chinina era greu tolerată, din cauza amărăciunei sale, aşa în cât mai cu deosebire, la primele serii de profilaxie — mai târziu toleranţa se produce — provoca vărsături, ceea-ce necesita repetarea dozei profilactice. Pastilele de tanat de chinină ciocolatate, întrebuinţate cu mult succes, în 1906, n'au putut fi obţinute în 1907. Rezultatele bune, pe cari le-am semnalat mai sus, ar impune introducerea lor şi la noi.

Agenţii sanitari însărcinaţi cu combaterea paludismului au fost recrutaţi dintre subchirurgii şi agenţii, cari au urmat cursul special de paludism cu care am fost însărcinat de direcţia sanitară în lunile Februarie şi Martie 1907. Am căutat să iau un număr cât mai mare dintre cei cari făcuseră deja campania antimalarică în 1906. In felul acesta, când au sosit în localităţile unde se făcea campania antimalarică, fie din experienţa dobândită de unii dintre ei, fie din cursurile predate, agenţii erau în măsură să aplice profilaxia chininică în mod sistematic. Pentru a ţine prezente în memoria agenţilor, noţiunile relative la etiologia, simptomele, tratamentul şi profilaxia paludismului, fie-care dintre ei a primit înainte de plecare o foae cu instrucţiuni unde toate aceste puncte erau rezumate în termeni cât se poate de clari. Instalarea agenţilor, am făcut-o personal, în fiecare din localităţile unde s'a profilaxat populaţia, insistând pe lângă autorităţile comunale să le dea tot concursul. Un control repetat era însă indispensabil, pentru a verifica, dacă măsurile prescrise se aplică în mod riguros.

In cursul lunei Iunie, deşi aveam de organizat împreună cu d-nii doctori Daniel Ionescu şi Panea campaniile din Romanaţi şi Vlaşca, am petrecut cea mai mare parte din timp în judeţul Ilfov, pentru a mă asigura că într'adevăr măsurile prescrise au fost înţelese şi se aplică după toate regulele. In organizarea campaniei din Ilfov, am fost ajutat de d-l N. Vlădescu, care şi-a avut reşedinţa permanent într'una din comunele în care s'a făcut campania (Mănăstirea sau Obileştii-Noi) de unde la intervale foarte apropiate a circulat printre agenţi pentru a-i controla şi a le da lămuririle necesare în cazul unui diagnostic dubios sau unei dificultăţi relative la profilaxie.

In zona din Ilfov, prin faptul că, în anii anteriori, campania antimalarică fusese făcută cu rezultate excelente în Frăsinet şi Lunca Obileşti, populaţiunea era în mare parte convinsă de avantajele unei chininizări sistematice, aşa încât dificultăţile profilaxiei au fost relativ neînsemnate.

După ce la începutul lunei Iunie, campania a fost organizată, am căutat prin inspecţii repetate făcute în tot timpul verei, până în Octombrie, să mă conving că profilaxia şi tratamentul continuă să se aplice regulat şi conştiincios. Toate datele pe cari le voi rezuma asupra rezultatelor obţinute sunt extrase din registrele în cari agenţii au notat observaţia amănunţită a fie-cărui locuitor, în ceea-ce priveşte paludismul. In timpul campaniei antimalarice, la sfârşitul fiecărei luni, agenţii erau obligaţi să arate pe un număr de chestionare cari le fuseseră distribuite, rezultatele profilaxiei şi tratamentului, indicând nominal pe locuitorii profilaxaţi ca şi cazurile tratate, durata acceselor, timpul când şi cât au fost tratate regulat sau neregulat, la ce interval după tratament accesele au dispărut. Cum în aceste chestionare, cantitatea de chinină utilizată era indicată în dreptul numelui fie-cărui locuitor, un control putea fi exercitat ori şi când şi de ori şi cine, asupra modului întrebuinţărei sale. In inspecţiile pe cari le făceam în comune, căutam totdeauna, mergând pe la casele locuitorilor, să-mi dau seamă, dacă cifrele indicate în tabele, corespund realităţei. Cu aceiaşi ocaziune, agenţii îmi semnalau cazurile ivite. Formele pseudo-continue au fost totdeauna examinate de mine şi diagnosticul confirmat prin examenul microscopic al sângelui.

Pentru a putea avea date mai precise asupra cazurilor tratate, am dispus ca agenţii să ia una sau două lame cu sânge de la fiecare bolnav, înainte de a-l supune la tratament.

Lamele erau prelevate, în timpul accesului, de preferinţă în stadiul de fiori, când paraziţii sunt mai abundenţi, şi trimise laboratorului de medicină experimentală, unde D-l Dr. Ionescu-Mihăeşti, era special însărcinat cu examinarea lor. Pentru cazurile obişnuite de paludism, cum ele sunt destul de tipice, pentru ca diagnosticul să poată fi stabilit cu destulă certitudine, tratamentul era început imediat, de oare-ce dacă se aştepta rezultatul examenului sângelui, fiind dat numărul mare de lame cari erau trimise pentru examinare nu numai din Ilfov dar şi din celelalte judeţe, Romanaţi, Vlaşca, Constanţa, el ar fi întârziat prea mult. In cazul unui diagnostic dubios, agentul era dator să ceară să i se comunice urgent de la laborator, dacă examenul sângelui a fost pozitiv, pentru a şti dacă trebue sau nu să aplice tratamentul.

Rezultatele campaniei antimalarice făcute în 1907 în județul Ilfov sunt în rezumat următoarele:

La *Obileștii-Noi;* populațiune 1871 locuitori.

In 1906 fuseseră în această comună 358 paludici. Până la profilaxie, în 1907, 45 malarici (27 în primele luni ale anului și 18 găsiți cu accese în Iunie, când agentul sanitar a sosit în localitate). Au fost supuși treptat la profilaxie până la sfârșitul lunei Septembrie 1174; din aceștia s'au impaludat 13, cea mai mare parte din cauză c'au urmat neregulat profilaxia. Procentul e de 1.19°/₀; dintre 652 păstrați ca martori s'au impaludat 56 sau 8.58°/₀.

In cătunul *Vlădiceasca:* populațiune 162 locuitori.

Profilaxia s'a aplicat numai în casa celor impaludați, după sistemul indicat mai sus. S'au chininizat în felul acesta preventiv 85 locuitori. Din aceștia nu s'a bolnăvit nici unul. Printre ceilalți locuitori ai satului au fost tratați pentru paludism 6 în Iunie, 10 în Iulie, 16 în August, 1 în Septembrie.

Cazurile de malarie au scăzut foarte mult în Septembrie, din cauză că se chininizau preventiv toți cei cari locuiau într'aceiași casă cu cei impaludați așa încât epidemia nu se putea întinde.

La *Valea Căpitanului;* populațiune 198 locuitori.

Intr'acest cătun, profilaxia a fost limitată la casele celor impaludați. S'au profilaxat în total 28 locuitori, dintre cari nu s'a impaludat nici unul. Cazurile de malarie tratate au fost 5 în Iunie, 8 în Iulie, 2 în August, nici unul în Septembrie. Și pentru această localitate efectele chininizării preventive sunt evidente: numărul celor îmbolnăviți scade din ce în ce și în Septembrie nu se mai produce nici un caz de malarie.

La *Frăsinet;* populațiune 561 locuitori.

Tratați înainte de profilaxie în tot cursul anului 1907, 6 locuitori.

Supuși la profilaxie 427; impaludați 1 sau 0.23°/₀.

Păstrați ca martori 129, impaludați 9 sau 6.9°/₀.

Intr'această comună, în care chininizarea se face de la 1904, paludismul, care înainte bântuia îngrozitor (40—50°/₀, din populație), e quasi-dispărut.

La *Pupăza;* populație 690 locuitori.

Cazurile s'au tratat pe măsură ce se iveau și profilaxia a fost restrânsă la casele celor impaludați.

Numărul celor profilaxați a ajuns treptat până la 61; dintre aceștia nu s'a bolnăvit nici unul.

Paludicii tratați au fost: în Iunie bolnavi vechi și găsiți cu accese 10, în Iulie 10, în August 3, în Septembrie nici unul.

Concluzia e aceiași: cazurile scad în mod progresiv și regulat.

La *Tăriceni;* populație 584 locuitori. Localitatea aceasta e foarte bântuită de malarie.

Din ancheta făcută cu toată minuțiozitatea, rezultă că în anii anteriori, 352 locuitori fuseseră impaludați; în 1906, numărul paludicilor a fost de 172. Intr'această comună, un agent sanitar, instalat încă din toamna anului 1905, a tratat recidivele de malarie pe măsură ce se iveau. Până la începerea profilaxiei, au fost în 1907, 16 cazuri cari au fost supuse la tratament. Cu începere din Iunie, aproape tot satul a fost profilaxat. Din 544 chininizați preventiv în mod regulat s'au impaludat 2 (0.35°/$_0$); din 13 cari au urmat numai 1—2 serii de chininizare preventivă, sustrăgându-se profilaxiei, s'au bolnăvit 3 sau 24°/$_0$.

Exemplul acestei comune e absolut doveditor.

Cu un an înainte de profilaxie, 29°/$_0$ din locuitori fuseseră impaludați: în 1907, când s'a aplicat chininizarea preventivă cazurile de malarie au scăzut sub 1°/$_0$.

La *Luptători;* populație 495 locuitori.

In acest cătun s'a aplicat tratamentul la cei impaludați și s'au chininizat preventiv cei cari locuiau impreună cu ei.

Până la profilaxie, din cazurile vechi și din cele tratate în Iunie, s'au chininizat curativ 8 paludici. In Iulie cazurile de malarie au fost în număr de 2, în August de 5, în Septembrie de 3. Totalul celor profilaxați a fost de 45, din cari nu s'a bolnăvit nici unul.

La *Curătești;* populație 363 locuitori.

In 1906, din ancheta făcută, reese că au fost cel puțin 40 paludici. In 1907, toți locuitorii aproape (347) au fost chininizați preventiv, cu rezultatul că nici unul nu s'a impaludat.

Agentul sanitar n'a tratat de cât cele 16 cazuri cu accese sau din bolnavii vechi găsiți înainte de profilaxie. In satul acesta am găsit un caz tipic de paludism cronic, datorit unei quarte inveterate. Bolnavul care prezinta accese neregulate, de câți-va ani, ajunsese la un grad înaintat de cachexie. El s'a îndreptat însă cu totul în urma tratamentului chininic complectat cu amestecul lui Baccelli.

La *Odaia Vlădichei;* populație 631 locuitori.

In acest cătun s'a făcut numai tratamentul cazurilor și profilaxia în casele celor impaludați.

S'au chininizat curativ 27 paludici din cei găsiţi cu accese sau bolnavi înainte de Iunie, 10 în Iulie, 14 în August, 6 în Septembrie.

Preventiv chinina a fost dată treptat la 230 locuitori, din cari nu s'a bolnăvit nici unul.

In *Sultana;* populaţie 266 locuitori. In 1906, fuseseră în această comună 35 paludici.

Campania antimalarică s'a restrâns la tratamentul celor impaludaţi şi la chininizarea preventivă a celor cari locuiau cu ei. Dintre bolnavii vechi, s'au supus la tratament 30; 2 au fost găsiţi cu accese.

Au fost tratate apoi 3 cazuri în Iulie, 2 în August, 1 în Septembrie. Numărul celor profilaxaţi s'a urcat treptat până la 124; din aceştia nu s'a bolnăvit nici unul.

La *Coconi;* populaţie 1172 locuitori.

Jumătate aproape din populaţie, 571 locuitori, a fost profilaxată; dintre aceştia nu s'a bolnăvit nici unul. Restul populaţiei a fost păstrată ca martori.

Dintre aceştia, în afară de cei 39, cari prezintaseră recidive şi cari au fost trataţi s'au bolnăvit încă 7 în cursul lunei Iunie, în Iulie 4, în August 9, în Septembrie 8. Făcând comparaţia între proporţia impaludaţilor la cei profilaxaţi şi la cei păstraţi ca martori, se vede că din cei d'întâi nu s'a bolnăvit nici unul, pe când dintre martori numărul cazurilor a fost de 5°/₀. In comunele vecine, unde nu s'a făcut profilaxia chininică, numărul cazurilor de paludism, atât cât a putut fi stabilit retrospectiv de agentul sanitar, a fost destul de mare: la Ulmul, cu o populaţie de 1363 locuitori, 72 paludici; la Boşneagul, cu 660 locuitori, 80 de malarici. Ambele aceste comune sunt situate tot pe marginea Mostiştei.

La *Monăstirea;* populaţia 1823 locuitori.

Localitatea aceasta e foarte impaludată şi înainte de 1907, numărul cazurilor de paludism era foarte mare. Până la profilaxie au fost supuşi la tratament din cazurile vechi şi din cei cu accese 52 locuitori. Pentru profilaxie s'au luat 1000 locuitori; din ei s'au impaludat 3.

S'au adăugat apoi treptat la profilaxie încă 328 locuitori din cei cari ocupau aceaşi locuinţă cu cei impaludaţi.

Din aceşti 328 nu s'a îmbolnăvit nici unul. Ca martori au fost păstraţi 443; din ei s'au impaludat în Iunie 15, în Iulie 38, în August 62, în Septembrie 4, în total deci 114, ceea ce reprezintă

26°/o. Exemplul acestui sat e foarte demonstrativ prin comparaţia cifrelor între cei profilaxaţi şi cei păstraţi ca martori.

La *Chiseletul-Fundul;* populaţie 2090 locuitori.

In 1906, din ancheta retrospectivă făcută de agentul sanitar, au fost cel puţin 104 impaludaţi.

In Iunie s'au găsit 24 cazuri de paludism şi 20 s'au pus la tratament din cei bolnavi de la 1 Ianuarie. Profilaxia s'a început cu 839 locuitori şi s'a augmentat treptat cu 157 în Iulie, cu 53 în August, cu 13 în Septembrie, din casele celor impaludaţi. Numărul total al profilaxaţilor a fost de 1061; din aceştia s'au bolnăvit 3 sau 0.3°/o.

Dintre martori, 1008, s'au bolnăvit 65 sau 6.5°/o.

In cătunul *Surlari;* populaţie 647 locuitori.

Nu s'a făcut de cât profilaxia în casele celor impaludaţi. Cazurile tratate au fost din cele vechi şi din cele cu accese; în Iunie 11, în Iulie 8, în August 15, în Septembrie 8. Numărul total al celor supuşi la profilaxie a fost de 120 din cari nu s'a bolnăvit nici unul.

In cătunul *Clinciu;* populaţie 227 locuitori.

Profilaxia s'a restrâns la casele celor impaludaţi. Paludici trataţi au fost: 6 în Iunie din cazurile vechi şi din cele cu accese, 4 în Iulie, 2 în August, 4 în Septembrie. Totalul profilaxaţilor a fost de 47, din cari nu s'a bolnăvit nici unul.

In *Stancea;* populaţie 423 locuitori.

S'au supus la profilaxie 395 din cari s'au impaludat 4. In Iunie au fost trataţi: 10 din bolnavii vechi şi 12 cu accese, 4 în Iulie, în August 6, în Septembrie nici unul.

La *Spanţov;* populaţie 1080 locuitori.

Din 778 supuşi la profilaxie, sau impaludat numai 2 sau 0.25°/o; din 277 martori s'au impaludat 31 sau 11.2°/o; 25 fuseseră supuşi la tratament din cei îmbolnăviţi înainte de Iunie.

La *Tatina;* populaţie 397 locuitori.

Din 366 supuşi la profilaxie s'au impaludat 7 din cauză că n'au urmat chininizarea în mod regulat.

Din 31 păstraţi ca martori, s'au impaludat 6.

La *Grădiştea;* populaţie 199 locuitori.

S'au impaludat şi s'au supus la tratament 1 în Iunie, 2 în Iulie, 2 în August, 3 în Septembrie. Numărul celor profilaxaţi a fost de 20, din cari nu s'a bolnăvit nici unul.

La *Valea lui Soare;* populaţie 758 locuitori.

S'au găsit 15 bolnavi vechi şi 11 cu accese în Iunie, în Iulie 5, în August 1, în Septembrie 1.

La profilaxie s'au supus toţi cei cari locuiau împreună cu cei impaludaţi. Numărul profilaxaţilor a fost de 100, din cari nu s'a bolnăvit nici unul.

La *Ulmeni şi Tăuşani;* populaţie 2368 locuitori.

S'au supus la profilaxie 1774 din cari s'au impaludat 6 sau 0.28°/₀; în Iunie înainte de profilaxie s'au tratal 16 cazuri vechi şi 34 cazuri noi. în Iulie 15, în August 13, în Septembrie 13. Din 578 păstraţi ca martori s'au impaludat prin urmare 75 sau 14.5°/₀.

Făcând rezumatul rezultatelvr obţinute pentru cele 22 comune şi cătune din Ilfov, se poate vedea că pe când din 9543 supuşi la profilaxie, nu s'au îmbolnăvit de cât 41 s'au 0.43°/₀, din cei 7034 păstraţi ca martori numărul impaludaţilor a fost de 557 sau de 7.9°/₀. Cifra celor îmbolnăviţi dintre profilactici e minimă: In campania făcută în Italia, în 1906, s'au impaludat 6.4°/₀, din 110.804 supuşi la profilaxie. In 1907, din 100.816 procentul a fost de 4.1°/₀. La noi rezultatele sunt cu mult mai favorabile: numărul impaludaţilor printre cei supuşi la profilaxie e de două zeci de ori mai mai mic de cât printre martori. Dar chiar printre martori proporţia malaricilor e absolut neînsemnată: 7.0°/₀, pe când în Italia ea a ajuns până la 50°/₀ şi mai mult.

In afară de faptul că la noi, într'unele din comune unde s'a făcut campania, malaria nu se prezintă cu gravitatea celei din Italia, trebue însă să se admită că profilaxia pe case a contribuit să scadă numărul impaludaţilor şi printre cei nechininizaţi, de oare ce în felul acesta, epidemia nu se mai putea întinde.

Dovada că profilaxiei pe case se datoreşte în mare parte scăderea numărului impaludaţilor în 1907 reese şi din comparaţia numărului de impaludaţi printre martori în 1907 faţă de 1906. Pe când în 1906, când nu s'a făcut profilaxia chininică în casa celor impaludaţi, numărul celor îmbolnăviţi printre martori a fost de 18°/₀, în 1907 a scăzut la 7.9°/₀.

Voi trece mai repede asupra rezultatelor obţinute în judeţele Romanaţi şi Vlaşca, unde conducerea locală a campaniei au avut-o doctorii Daniel Ionescu, Panea şi Saligny.

In Romanaţi profilaxia chininică s'a făcut în opt comune, având împreună o populaţie de 14.331 locuitori, cu rezultatele următoare:

La *Cruşov;* populaţie 1174 locuitori.

Din 292 supuşi la profilaxie, 1 caz de paludism sau 0.34°/$_0$; din 794 martori, 41 cazuri sau 5.2°/$_0$.

In *Brastavăț;* populaţie 3024 locuitori.

Din 1029 profilaxaţi 16 bolnavi sau 1,5°/$_0$; 1995 martori, 131 paludici sau 5.5°/$_0$.

In *Vădastra;* populaţie 1444 locuitori.

Din 797 profilaxaţi, 3 bolnavi sau 0.4°/$_0$; din 631 martori, 59 bolnavi sau 9°/$_0$.

In *Vădăstrița*; populaţie 2618 locuitori.

Din 1075 supuşi la profilaxie 9 bolnavi sau 0.85°/$_0$; din 1540 martori 84 bolnavi sau 5.7°/$_0$.

In *Vişina;* populaţie 1821 locuitori.

Din 1167 supuşi la profilaxie 4 bolnavi sau 0.33°/$_0$; din 654 martori, 36 bolnavi sau 5.5°/$_0$.

In *Vlădila*; populaţie 1393 locuitori.

Din 660 supuşi la profilaxie 4 bolnavi sau 0.6°/$_0$; din 767 martori, 84 bolnavi sau 11.5°/$_0$.

In *Grădinele;* populaţie 1216 locuitori.

Din 714 supuşi la profilaxie 6 bolnavi sau 0.85°/°; din 432 martori, 6 bolnavi sau 1.3°/$_0$.

In *Studina;* populaţie 1694 locuitori.

Dln 1167 profilaxaţi 18 bolnavi sau 1.6°/$_0$; din 468 martori, 68 cazuri sau 15°/$_0$.

In rezumat, pentru judeţul Romanați, din 7204 locuitori supuşi la profilaxia chininică s'au impaludat numai 61 sau 0.85°/$_0$ pe când din 4127 păstraţi ca martori s'au bolnăvit 509 sau 7°/$_0$.

In Vlaşca profilaxia chininică s'a aplicat în 12 comune cu o populaţie totală de 20.586 locuitori. Rezultatele au fost următoarele:

In *Slobozia;* populaţie 2454 locuitori.

Din 853 supuşi la profilaxie s'au bolnăvit 2 sau 0.25°/$_0$; din 1619 martori s'au impaludat 176 sau 11°/$_0$.

In *Malul;* populaţia 2336 locuitori.

Din 508 supuşi la profilaxie s'au bolnăvit 3 sau 0.6°/$_0$; din 1828 martori. numărul impaludaţilor a fost de 161 sau 9°/$_0$.

In *Arsache;* populaţie 2673 locuitori.

Din 1059 supuşi la profilaxie s'au bolnăvit 2 sau 0.2°/$_0$; din 1614 martori s'au impaludat 243 sau 15°/$_0$.

In *Balării;* populaţie 337 locuitori.

Din 85 supuşi la profilaxie nu s'a impaludat nici unul; din 252 martori, numărul impaludaţilor a fost de 18 sau 7°/₀.

In *Găujani;* populaţie 1985 locuitori.

Din 506 supuşi la profilaxie s'au impaludat 3 sau 0.6°/₀; din 1479 martori s'au bolnăvit 125 sau 9°/₀.

In *Petrişul;* populaţie 739 locuitori.

Din 773 supuşi la profilaxie s'au bolnăvit 11 sau 1.5°/₀; din 52 martori s'au bolnăvit 3 sau 6°/₀.

In *Petroşani;* populaţie 5706 locuitori.

Din 1036 profilaxaţi s'au impaludat 8 sau 0.8°/₀; din 1670 martori s'au bolnăvit 249 sau 16°/₀.

In *Bujor;* populaţie 1700 locuitori.

Din 527 supuşi la profilaxie s'au bolnăvit 5 sau 1°/₀; din 1163 martori s'au impaludat 36 sau 3°/₀.

In *Oinac;* populaţie 1036 locuitori.

Din 304 locuitori supuşi la profilaxie s'au bolnăvit 5 sau 1.5°/₀; din 732 martori, numărul impaludaţilor a fost de 79 sau 11°/₀.

In *Remuş;* populaţie 947 locuitori.

Din 281 supuşi la profilaxie s'au impaludat 3 sau 1°/₀; din 666 martori s'au bolnăvit 84 sau 14°/₀.

In *Braniştea;* populaţie 1036 locuitori.

Din 304 supuşi la profilaxie s'au impaludat 5 sau 1.6°/₀; din 732 martori 79 sau 11°/₀.

In *Gostin;* populaţie 2002 locuitori.

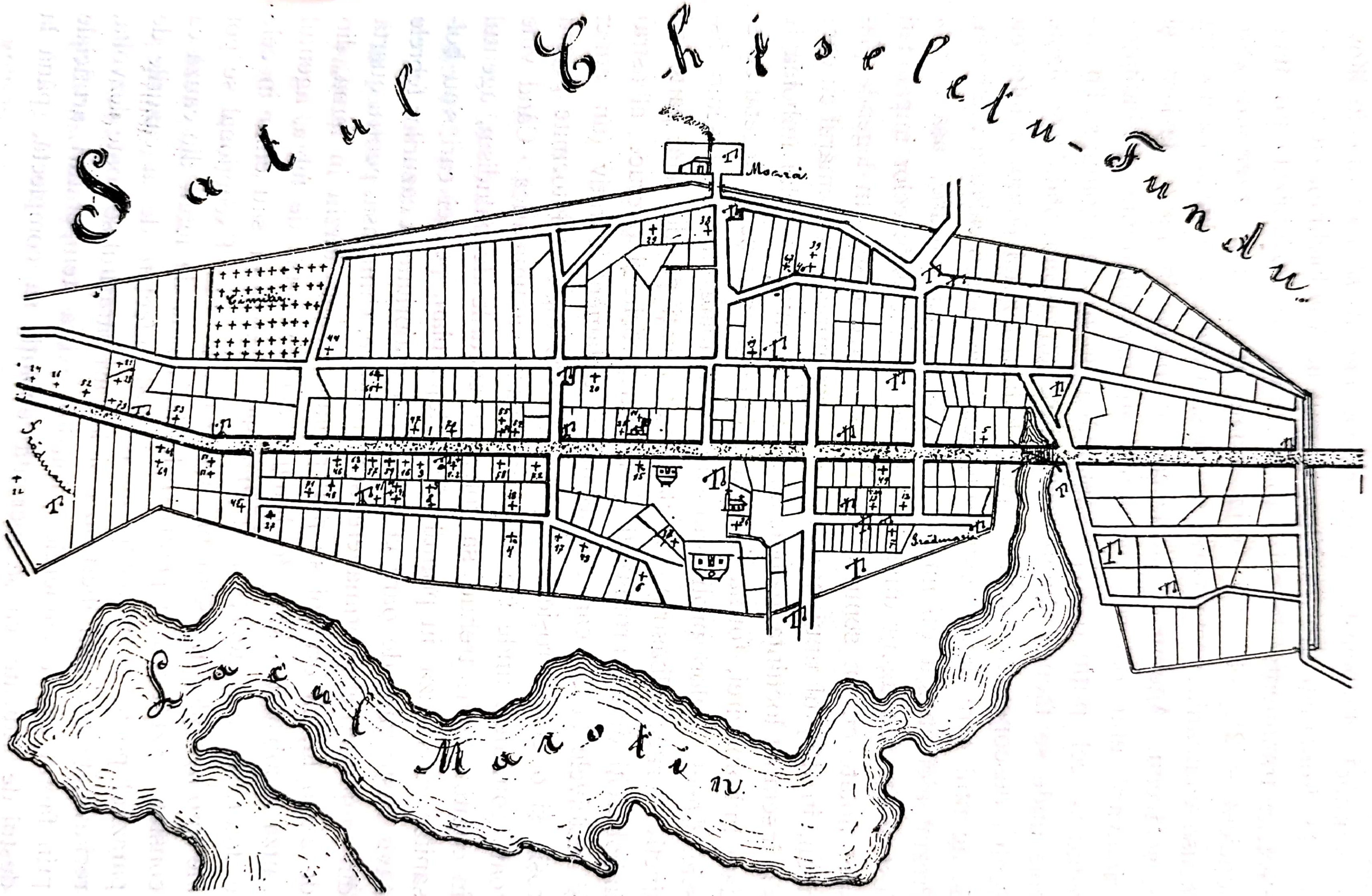
Din 1595 profilaxaţi neregulat s'au bolnăvit 187 sau 12°/₀; din 262 profilaxaţi regulat 28 sau 11°/₀.

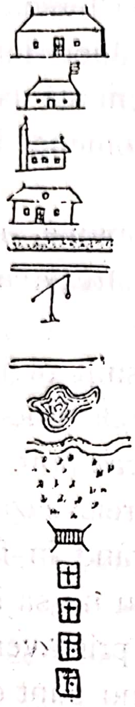
In rezumat pentru judeţul Vlaşca din 8179 locuitori supuşi la profilaxie s'au impaludat 75 sau 0.9°/₀ pe când din 12407 păstraţi ca martori s'au impaludat 1290 sau 19°/₀.

In Vlaşca prin urmare ca şi în Romanaţi rezultatele obţinute sunt tot aşa de bune ca cele din Ilfov.

Campania antimalarică a fost de altminteri organizată într'aceste judeţe după acelaşi sistem ca şi campania din Ilfov. In inspecţii repetate făcute în cursul verei împreună cu doctorii Daniel Ionescu, Panea şi Saligny mi-am putut da seama că măsurile prescrise, se aplicau foarte regulat.

In 1907 am reuşit să obţin ceea ce cerusem deja din anul anterior: o continuitate în campaniile antimalarice, prin supraveghere în timpul ernei şi primăverei a zonelor în cari se făcuse chininizarea. In urma raportului meu, direcţia sanitară a menţinut în comunele din aceste zone, câţiva agenţi sanitari (doi în Ilfov, trei în Romanaţi, trei în Vlaşca, unul la Anadolchioi), ca să complecteze tratamentul la cei cari nu fuseseră chininizaţi un timp suficient — $2^1/_2$—3 luni — în momentul plecărei agentului care făcuse campania peste vară şi ca să trateze recidivele pe măsură ce se iveau. Agenţii sanitari, cari au rămas în lunile de iarnă şi primăvară, erau datori să cerceteze în mod amănunţit, morbiditatea paludică, cel puţin o zi pe săptămână, în fie-care comună din zonele unde se făcuse chininizarea, după un itinerar stabilit prealabil. Pentru descoperirea cazurilor de paludism planul comunei întocmit de agentul care făcuse campania peste vară era o călăuză preţioasă. Prezint aici anexat un model de plan al unei comune, aşa cum a fost schiţat de agent după indicaţiile mele. Casele celor impaludaţi sunt notate cu un semn distinctiv (o cruce roşie). In legenda planului, în dreptul unui număr, care corespunde cu numărul cu care s'a însemnat locuinţa paludicului, se arată numele celui îmbolnăvit data îmbolnăvirei, forma frigurilor, după câte doze au încetat accesele. Casele celor profilaxaţi sunt însemnate cu un alt semn distinctiv (cruce albastră). Pe plan sunt notaţi pe de altă parte cei îmbolnăviţi dintre profilaxaţi (un punct roşiu şi o cruce albastră) şi recidivele la cei cari au urmat un tratament curativ (un punct roşiu şi o cruce roşie). Planuri identice au fost întocmite pentru toate comunele unde s'a făcut campania antimalarică. Când vine în comuna unde trebue să constate cazurile de paludism, agentul sanitar cercetează în primul rând, după plan, pe cei cari s'au bolnăvit peste vară de oare ce în marea majoritate a cazurilor febrele din timpul ernei şi primăverei sunt recidive. Cum însă, pentru quartă de exemplu, cazuri noi se pot produce până târziu în iarnă, din cauza incubaţiei destul de lungi a acestei forme de febră, agentul e dator, să cerceteze, dacă în casele martorilor sau chiar în cele ale profilaxaţilor nu s'au produs şi cazuri noi. Excepţional se pot constata cazuri noi şi pentru celelalte forme de febră din cauză că parazitul poate fi transmis de ţânţarii infectaţi de la cazurile de recidivă, ţântarĭ cari ibernează şi la cari parazitul se poate dezvolta, prin faptul că în camerele încălzite există temperaturi artificiale destul de ridicate ca să permită evoluţia sa complectă, până la stadiul de sporozoiţi.


Satul Chiseletu-Fundu
Lacul Marotin
Moară
Cimitir
Grădinarie
Grădinarie



Primărie
Şcoală
Biserică
Casă
Şosea împietrită
Şoşea neîmpietrită
Fântână (Puţ)
Şanţ
Lac
Canal
Loc mlăştinos
Pod
Casă profilaxată (cruce albastră)
Casă impaludată (cruce roşie)
Imbolnăvit dintre profilactici (cruce albastră punct roşiu)
Imbolnăvit dintre curativi (cruce roşie, punct roşiu)

No. curent	NUMELE ŞI PRONUMELE	Etatea	Data îmbolnăvirei	Forma frigurilor	Durata acces.	După câte doze au încet. acces.	Observaţiuni
1	Florea Constantin Savu	11	6/IV	ct.	5	2	—
2	Tudor Constantin Savu	6	15/III	t	6	—	—
3	Costică Tudor Stan	3	24/V	ct	8	3	—
4	Dumitru Dragan Tache	2	14/V	ct	7	—	—
5	Florica Nedelcu Niculescu	11	25/V	t	9	2	—
6	Gherghina Ilie Nedelcu	35	27/V	t	6	2	—
7	Tudor Ioan	31	25/V	t	8	3	—

Autorităţile locale comunale sunt datoare, în urma unui ordin primit de la prefecturile respective să dea tot concursul agentului şi în zilele fixate în itinerar să adune la primărie pentru chininizare, pe toţi locuitorii indicaţi de agent. Pentru tratament, cum agentul nu poate sta în fie-care comună numărul de zile necesar pentru complectarea sa — şease sau zece zile după cum e vorba de o formă de febră intermitentă sau pseudo-continuă — el poate lăsa chinina, învăţătorului, preotului, secretarului comunei sau altei persoane de încredere, dacă aceştia îşi iau obligaţia să o distribue ei personal, de oare ce numai în felul acesta pot să existe garanţii că într'adevăr tratamentul s'a făcut în mod regulat. Chinina lăsată bolnavilor, riscă să nu fie întrebuinţată, de oare-ce după încetarea acceselor cei mai mulţi dintre bolnavi preferă să renunţe la tratament din neglijenţă şi ca să-şi evite şi uşoarele fenomene de intoleranţă produse prin chininizare.

La intervalele săptămânale, când trece prin comună, chininizarea poate fi aplicată — a 7-a şi a 8-a zi, după trecerea celor şease zile de tratament — de către agentul sanitar.

După un formular special, agenţii sanitari sunt obligaţi să înainteze la sfârşitul fie-cărei luni un raport despre cazurile tratate şi să arate dacă e vorba de o recidivă sau de un caz nou. Inainte de a supune cazul la tratament, agentul sanitar prelevează lame cu sânge pe cari le trimite pentru examinare, cerând în formele dubioase un răspuns urgent ca să ştie dacă trebue sau nu să institue chininizarea. Tratarea recidivelor în timpul ernei şi primăverei e o măsură foarte raţională, de oare ce, cum locuitorii nu sunt ocupaţi cu munca câmpului, ei sunt mai stabili şi cazurile pot fi descoperite mult mai uşor.

Chininizarea sistematică preepidemică, împedică pe de altă parte o epidemie nouă, luând anophelilor posibilitatea de a găsi paraziţi în sângele paludicilor şi prin urmare de a se infecta.

Am arătat mai sus că o cură preepidemică nu e suficientă şi că ea trebue complectată prin supravegherea populaţiunei în timpul lunilor de vară. In ori-ce caz însă, ea reduce simţitor condiţiile de producere ale unei noi epidemii. Numărul recidivelor tratate de agenţi in cursul iernei şi primăverei a fost de altminteri destul de mic în în cele trei zone, din cele trei judeţe în cari se făcuse campania antimalarică, din cauză că chininizarea se aplicase destul de regulat în lunile de vară. Aşa, în Ilfov, la o populaţie de 16926 locuitori au fost până la sfârşitul lui Mai 196 cazuri, în Vlaşca, la o populaţie de 20586 locuitori, 244 cazuri şi în Romanaţi, la o populaţie de 14331 locuitori, 168 cazuri. Intr'alţi ani, anteriori campaniilor antimalarice, într'o singură comună, mai populată, dintre cele cuprinse în zonele tratate, s'au putut observa un număr de cazuri tot aşa de mare ca cel constatat în iarna şi primăvara anului 1907—1908 pentru toate comunele din aceste zone. Datele asupra cazurilor tratate de agenţi au fost controlate în inspecţiile pe cari le am făcut în fie-care din aceste comune.

Pe de altă parte, ca un alt mijloc de control, în zilele indicate prin intinerar, agentul sanitar trebuea să se afle în comună, să iscălească de prezenţă în registrul primăriei şi să respundă când era chemat de la direcţia sanitară sau din capitala judeţului, unde se făcea campania antimalarică (1).

* * *

Campaniile antimalarice sunt la noi de abia la începutul lor. Cifrele pe care le am raportat fac însă dovada că aşa cum au fost organizate au dat maximul de rezultate. Astă-zi când etiologia boalei e bine cunoscută, când posedăm un remediu specific de o eficacitate incontestabilă, înlăturarea malariei e o chestie numai de organizaţie sanitară şi de educaţie igienică populară. E nevoe însă, pentru aceasta, de o largă armonie de colaborare, în care statul pe de o parte, particularii pe de alta, să dea contribuţia lor întreagă, neţărmurită de tot ceea ce administraţiile în general invoacă ca obstacol, de ceea ce indolenţa omenească pretextează ca scuză.

La începutul acestei expuneri, enumerând diferitele mijloace întrebuinţate pentru combaterea malariei, am citat şi măsurile de profilaxie generală, cari mărind rezistenţa individului îl fac să prindă tot aşa de greu malaria ca ori şi ce altă boală infecţioasă.

In bună logică, măsurile acestea sunt cele mai importante şi ast-fel privită chestia, punctul de vedere pur medical trece pe al doilea plan ca să dea loc consideraţiilor economice şi sociale, cari primează, când e vorba de combătut marele epidemii populare. Atunci când populaţia noastră rurală, cea mai atinsă de paludism, va avea locuinţe sănătoase, o bună apă de băut, când, munca istovitoare capabilă să ruineze cel mai rezistent organism va fi organizată în mod raţional, ţăranul având un trai mai bun se va putea apăra de boale şi în conştiinţa lui luminată, noţiunile de igienă vor pătrunde mult mai uşor.

---

(1) Costul campaniei din 1907 a fost de 46.000 lei, cifră foarte mică, fiind dată extensia pe care a avut-o chininizarea în anul acesta. In cifra aceasta e cuprinsă şi retribuţia personalului—identică cu cea din anul anterior—şi costul materialului (chinină etc.), precum şi costul campaniei de iarnă. Suma mică necesară pentru menţinerea personalului în număr restrâns peste iarnă şi primăvară e în realitate o măsură justificată şi în scop de a realiza o economie pentru campaniile anilor viitori. Relatând datele campaniei din 1908 voi dovedi că graţie chininizărei preepidemice, am putut reduce simţitor costul campaniei anului acesta şi în ceea ce priveşte numărul mai mic de agenţi sanitari necesari pentru chininizare şi în ceea ce priveşte cantitatea de chinină întrebuinţată. M'am mulţumit, în 1908, ştiind că recidivele se trataseră regulat, să limitez campania antimalarică, în cea mai mare parte din comune, la tratamentul cazurilor pe măsură ce se iveau şi la profilaxia locuitorilor cari ocupau aceeaşi casă cu cei impaludaţi. In felul acesta, pentru a nu da de cât un exemplu, în comuna Brastavăţ, de la 1 Iunie până la 15 Octombrie 1908, s'au descoperit şi tratat 54 paludici faţă de 137 în 1907. Profilaxia limitată la casele celor impaludaţi s'a aplicat numai la 188 locuitori. In 1907, numărul celor profilaxaţi fusese de 1012. Cantitatea de chinină distribuită la cei supuşi la tratament şi la cei profilaxaţi a fost numai de 2 kilogr. 281 grame faţă de 17 kilogr. 143 gr. întrebuinţate în 1907.

Contrazicerea dureroasă a timpurilor noastre e dificultatea de a face să beneficieze masele mari populare de noţiunile bine stabilite cucerite de ştiinţă. Malaria nu mai e boala misterioasă pe care miasmele deletere o răspândesc şi când poetul în versurile lui evocatoare anunţă că:

L'heure est venue où les soirs mous
Pèsent sur les terres envenimées
Où les marais visqueux et blancs
Dans leurs remous
A longs bras lents
Brassent les fièvres empoisonnées

trebue să se ştie că astă-zi:

La fièvre . . . :
. . . qui marche
Sournoisement courbée en arche (1)

este învinsă, poate să fie învinsă, dacă n'ar fi marele obstacol al inerţiei omeneşti, al tuturor contingenţelor de cari se loveşte aplicarea măsurilor de igienă publică.

Malaria a fost înlăturată total, acolo unde energia omenească n'a avut şovăeli şi exemplul Havanei, al Ismailiei, al unora din coloniile engleze, germane, franceze e în privinţa aceasta doveditor. La cità dolente, Roma malarică, agrul roman pestilenţial sunt astă-zi în mare parte asanate. In monografia mea asupra profilaxiei paludismului am arătat că după circumstanţele locale, unul sau altul din mijloacele recomandate, pot fi aplicate pentru combaterea malariei. Dacă, pentru tropice, Ronald Ross acordă o deosebită importanţă măsurile antilarvare, Celli, în Italia, stărue asupra generalizărei profilaxiei chininice. Idealul ar fi, de a întruni toate aceste mijloace de combatere, în lupta de întreprins contra celei mai răspândite dintre boalele epidemice, cari bântue populaţia noastră rurală. Obstacolul cel mai de seamă e dificultatea realizărei lor practice, din cauza cheltuelilor mari pe cari le ar necesita aplicarea lor. La noi, ca şi în Italia, în starea actuală de lucruri, dintre mijloacele de combatere a malariei, chininizarea preventivă, e cel care poate da maximul de rezultate cu minimul de cheltueli. Bonificările idraulice se vor realiza în mod natural, în afară chiar de ori-ce propagandă igienică, din cauza avantajelor lor economice, prin punerea în valoare a atâtor terenuri până acum neproductive şi direct sau indirect, îndreptând starea materială a populaţiei, vor avea o influenţă favorabilă şi asupra diminuărei paludismului.

---

(1) Verhaeren. Les fièvres in Les Villes tentaculaires et les Campagnes hallucinées.

Chininizarea preventivă ar putea să fie introdusă fără să greveze bugetul statului. Totul depinde de organizarea sa sistematică.

In materie de igienă publică, e bine însă, să se opună cifre la cifre, de şi când e vorba de problemele mari sanitare, dificultăţile bugetare n'ar trebui să fie incontinuu invocate, ca o piedică, în faţă căreia, să nu existe argument care să poată rezista. Cheltueli inutile se fac poate la alte capitole, dar pentru chestiile sanitare, bugetele au fost totdauna de o parcimonie extremă.

Am arătat în lucrarea mea asupra profilaxiei paludismului, că pentru cei 300.000 paludici, pe care îi avem anual, admiţând o incapacitate de muncă de zece zile numai, pentru fie-care dintre ei — de şi pentru celelalte boale, igieniştii admit în termen mediu o incapacitate de 20 zile şi de şi sunt malarici pe cari accesele repetate şi cronicitatea îi transformă în adevăraţi invalizi — am ajunge, socotind ziua de muncă a 1 leu numai, la o pagubă anuală de 3.000.000 lei. Nu trebue să se uite apoi că, paludismul bântue mai ales în lunile de vară, când timpul e atât de preţios şi când de o muncă agricolă, care n'a fost făcută la vreme, depinde poate averea locuitorului de la ţară. Costul profilaxiei paludice, generalizată chiar, ar fi în ori-ce caz inferior pagubelor economice cauzate de frigurile de baltă. Şi pe urmă, dacă în primii ani, cheltuelile necesitate pentru aplicarea acestei profilaxii sunt relativ însemnate, în anii următori ele se reduc simţitor. Prin tratarea recidivelor în lunile de iarnă şi primăvară cu un personal mult mai restrâns la număr, de cât în lunile de vară, e suficient, în anii următori, ca profilaxia chininică să fie limitată la casele celor impaludaţi sau chiar ca, chininizarea să se facă numai la cei îmbolnăviţi, în cazul localităţilor mai puţin bântuite.

Noţiunile acestea, asupra modului practic, de a aplica profilaxia chininică trebue să pătrundă în publicul mare şi când la începutul acestei expuneri am vorbit de rolul important pe care medicii din funcţiuni publice sunt chemaţi să-l joace în combaterea malariei, a fost ca un apel la activitatea pe care ar putea s'o desfăşoare pentru vulgarizarea mijloacelor de care dispunem astăzi pentru înlăturarea paludismului. Ţinta către care trebue să tindem e de a ajunge să convingem populaţia noastră rurală că, se poate singură apăra de friguri, cu o cheltuială absolut neînsemnată. Dacă s'ar vinde chinina direct de stat, cu preţ redus — maximum 8 centime gramul — socotind că, trebue să se ia pentru profilaxie două grame pe săptămână, costul chininizărei ar fi de 64 centime pe lună sau de 2 lei 66 pentru cele patru luni cât durează anotimpul malaric. Renunţând la o purificare exagerată a chininei, de oare ce e dovedit că alcaloizii secundari din coaja de chinchina: cinconina, cinconidina, chinidina au o eficacitate incontestabilă contra ematozoarului, s'ar putea vinde gramul de chinină cu 3 centime $^1/_2$ ceea ce ar reduce cu mai mult de 50°/₀ costul profilaxiei chininice. La lucrătorii cari muncesc temporal în localităţile paludice costul profilaxiei ar fi şi mai mic, de oare ce e suficient ca chininizarea să se aplice în timpul cât se găsesc în zona malarică şi să fie continuată 7—15 zile în urmă.

Ronald Ross spune însă cu drept cuvânt că e o eroare de a crede că numai printr'o propagandă academică se poate ajunge la rezultate hotărâtoare când e vorba de combătut frigurile de baltă. Se vor recruta astfel cadrele necesare propagandei antimalarice, populaţia însă, în marea sa majoritate, rămâne în afară de cercul acesta de acţiune şi ar fi o naivitate de a crede că locuitorii unei regiuni împaludate vor introduce pânze metalice, vor lua chinină profilactic sau vor aplica măsurile antilarvare numai pentrucă vor fi sfătuiţi ast-fel. In chestiile sanitare publicul mare rămâne încă un copil pentru care totul sau aproape totul trebue să fie făcut.

Istoria tuturor celorlalte mijloace de profilaxie populară — vaccinarea, seroterapia antidifterică — arată însă, că încetul cu încetul, ele sfârşesc prin a fi acceptate. E nevoie însă pentru aceasta de a impune introducerea lor prin legislaţii speciale. Cum s'a procedat pentru celelalte boale epidemice, căutând să se ferească comunitatea de pericolul provenit din transmiterea lor, trebue să se procedeze şi pentru malarie. In Italia o serie de măsuri legislative au ajutat în mod foarte eficace lupta întreprinsă contra malariei. Una după alta au fost votate legea de la 23 Decembrie 1900 (fabricarea chininei de stat și vânzarea ei cu preț redus), cea de la 2 Noembrie 1901 (dreptul pe care-l au lucrătorii de a li se da gratuit chinina pentru tratamentul frigurilor de baltă în socoteala patronilor respectivi, agricoli sau industriali), cea de la 22 Iunie 1902 (concesia cu prețuri reduse a chininei din partea statului către comune, asociații de caritate și către toți cei cari se obligă s'o distribue în mod gratuit la lucrători), cea de la 23 Februarie 1903 (dreptul celor săraci de a obține gratuit chinina ca și alte medicamente de la comune sau de la asociațiile de caritate), cea, în fine, de la 19 Mai 1904 (dreptul lucrătorilor de a obține gratuit chinina nu numai în scop curativ dar și preventiv).

La 28 Februarie 1907 s'a publicat și regulamentul pentru aplicarea legei din Mai 1904.

Legile acestea au dat deja rezultate excelente. Cu toată opoziția făcută de industria privată care a căutat să discrediteze chinina statului — deși cantitatea de chinină vândută de particulari n'a diminuat în ultimii ani — cantitatea de chinină vândută de Statul italian a crescut în mod considerabil. De la 2242 kilograme în 1902/1903 s'a ajuns la 20.723 în 1906—1907, la 24.351 în 1907—1908. Beneficiul net realizat de stat din vânzarea chininei a fost în 1906/1907 de 462.280 lei, în 1907—1908 de 600.000 lei. Legislația specială pentru vânzarea chininei n'are nici un scop fiscal de oarece câștigul care rezultă e întrebuințat integral pentru combaterea malariei. Grație acestor legi și a propagandei active a societăței pentru combaterea malariei ca și a crucei roșii italiane, mortalitatea malariei a scăzut în Italia cu mai mult de două treimi. De unde înainte de 1901 — anul de când campaniile antimalarice au fost începute în mod sistematic — media mortalităței pentru ultimii 15 ani a fost de 15000 anual, în 1905 ea a scăzut la 7.838, în 1906 la 4.871, în 1907 la 4.160.

In agrul roman, profilaxia chininică făcută sub îngrijirea crucei roșii italiene, cu începere de la 1900, s'a generalizat încetul cu încetul. Numărul cazurilor noi de paludism a diminuat de la 17% la 0.77% și malaricii supuși la tratament — recidivele ca și infecțiile primitive — au fost în 1907 numai 3.4% din populație în loc de 31% cât erau înainte de chininizare.

Legislații antimalarice după modelul celei din Italia au fost adoptate în Austria, Portugalia, Corsica, Algeria, Tunisia, Grecia, Creta. In Statele Unite, la New-York, malaria e înscrisă printre boalele cu declaraţie obligatorie.

La noi, până acum, nu e încă nimic legiferat în ceea ce priveşte măsurile antimalarice.

In noul proiect de lege sanitară, e de sperat, că se va ţine seama de problemele importante de sănătate publică pe cari le ridică chestia combaterei malariei şi în ţara noastră (1). Legislaţia viitoare sanitară va trebui să stabilească modul de organizare al campaniilor antimalarice.

Se va asigura în félul acesta o continuitate în măsurile de luat contra paludismului şi se va căuta să li se dea o extensie cât mai mare. Soarta campaniilor antimalarice va fi ast-fel mai puţin precară şi va înceta să depindă de toate fluctuaţiile cari modifică destinaţia fondurilor sanitare la fie-care schimbare de direcţie.

Un fond special pentru combaterea malariei va trebui să fie alcătuit. Pentru alimentarea acestui fond vor servi în primul rând beneficiile provenite din vânzarea chininei de Stat. Am arătat mai sus câştigul important realizat în felul acesta de Statul italian. Celli propune în Italia ca plusul de venit rezultat din bonificările idraulice să fie utilizat, cel puţin în parte, pentru combaterea malariei.

Şi la noi, prin legea de la 21 Februarie 1906, s'a creat un fond permanent depus la casa de depuneri şi consemnaţiuni în suma de 2.900.000 lei, pentru punerea în valoare a terenurilor inundabile.

Surplusul de venituri provenit din asanarea terenurilor mlăştinoase ar putea găsi o întrebuinţare foarte logică destinând parte din el şi pentru combaterea malariei.

Rămân încă şi alte surse de venituri. Din beneficiul rezultat de la loteria statului (750.000 lei) din aşa zisul fond de asistenţă sanitară, în legea care stabileşte întrebuinţarea sa, se prevede într'un aliniat special și asanarea vetrei satului în vederea combaterei paludismului (1).

---

(1) In articolul 58 al noului proiect de lege sanitară se prevede, că statul va pune la îndemâna publicului, pentru a ajuta combaterea şi prevenirea malariei, în comunele rurale, spre cumpărare cu preţ minim, sărurile de chinină.

Articolul acesta stabileşte numai un principiu: acela al vânzărei chininei de stat. In regulamentul asupra boalelor infecţioase se vor introduce probabil toate măsurile necesare pentru a asigura şi la noi o profilaxie eficace ţinând seama de experienţa dobândită în campaniile antimalarice întreprinse în ultimii patru ani.

Fondul special instituit pentru combaterea paludismului ar asigura extensiunea măsurilor cari trebuesc adoptate contra acestei endemii. In starea actuală de lucruri, când pentru toate epidemiile a fost prevăzută în 1905—1906 suma infimă de 83.000 lei și când în anii următori bugetul fondului de epidemii a continuat să fie tot așa de restrâns (123.000 lei în 1906—1907. 143.000 lei în 1907—1908) e foarte greu de obținut de la direcția sanitară, oricâtă bunăvoință ar avea pentru generalizarea măsurilor antimalarice, ca să acorde sumele necesare pentru a ajunge la acest rezultat.

Celli cere pentru Italia ca în timp de câți-va ani, ministerul de finanțe să prevadă anual cel puțin 4 milioane pentru combaterea malariei. El dovedește că, în anii următori, cheltuelile necesare pentru generalizarea campaniilor antimalarice ar scădea în mod simțitor.

Până când vom avea și noi o legislație antimalarică și o organizare specială a fondului din care să se preleveze sumele necesare pentru combaterea paludismului, opera de propagandă pentru răspândirea noțiunilor asupra modului cum campaniile antimalarice urmează să fie organizate, nu trebue să înceteze.

Stațiunile antimalarice sunt lecția de fapte cea mai convingătoare. Se dovedește ast-fel ceea ce se poate obține printr'o chininizare metodic și riguros aplicată. Apatia și prejudecățile populației rurale sunt învinse. Martorii din localitățile în care se face campania antimalarică și locuitorii comunelor vecine, unde chininizarea nu se aplică, impaludându-se în proporție destul de mare, reclamă ei singuri chininizarea preventivă. Stațiunile acestea antimalarice au luat și la noi o extensie destul de mare. De la 3 în 1904 ele au ajuns la 22 în 1906, la 42 în 1907, la 73 în 1908.

Propaganda educativă populară cu ajutorul foilor volante, afișelor ilustrate, buletinelor, broșurilor de vulgarizare își are folosul său incontestabil. In Italia, societatea pentru studiul malariei a răspândit două milioane de exemplare de publicații antimalarice, în afară de cele IX volume cari conțin 311 memorii, isvor de informaţiuni preţioase pentru toţi cei cari voesc să se documenteze asupra malariei şi cari apar regulat, în fie-care an, de la 1901 încoace, sub titlul de Atti per gli Studi della Malaria. Răspândirea acestor publicaţii s'a făcut prin medici şi agenţi sanitari, prin profesori în şcoli, prin biurourile unde se vinde tutunul şi sarea, prin oficiile telegrafo-poştale, prin funcţionarii căilor ferate, prin profesorii ambulanţi de agricultură.

---

(1) In noul proiect de lege sanitară, prin art. 68 se prevede constituirea unei fond sanitar, din suprataxele asupra tutunului, băuturilor alcoolice importate, cărților de joc, cluburilor publice în cari se joacă cărți, pariurilor la curse, biletelor de călătorie pe căile ferate, a cărui destinație va fi între altele după același articol și secarea bălților din vatra satelor, pentru a combate paludismul.

Revistele de vulgarizare, gazetele zilnice cu marea lor putere de difuziune pot fi de un ajutor foarte eficace pentru propaganda antimalarică.

Un excelent mijloc de luptă contra paludismului e formarea de ligi antimalarice. In Italia, societatea pentru studiul malariei, plecând de la începuturi foarte modeste, a reuşit să impună aproape în toată peninsula adoptarea măsurilor antimalarice. Societatea crucea roşie italiană a profilaxat în agrul roman în 1906, 42.726, în 1907, 34.927 locuitori.

La noi trebue semnalată iniţiativa laudabilă a societăţei Crucea roşie, care în doi ani consecutivi a aplicat profilaxia chininică la Obileştii-vechi (Ilfov) cu un deosebit succes (1).

Ligi de felul acesta există numeroase în Italia, Corsica, Algeria.

Propaganda orală prin conferinţe, demonstraţii însoţite de proiecţiuni nu trebue neglijată. Rolul medicilor pentru această propagandă poate să fie foarte util. Va fi însă nevoe ca prealabil medicii înşişi să fie bine pătrunşi asupra modului practic cum o campanie antimalarică trebue să fie organizată. Casagrandi a luat în Italia iniţiativa de a organiza cursuri de perfecţionare pentru medicii din localităţile malarice. Prevăzuţi cu noile cunoştinţe asupra etiologiei paludismului, convinşi despre eficacitatea chininizărei preventive — şi după circumstanţe şi localităţi şi a măsurilor antilarvare — ei vor putea răspândi aceste noţiuni şi vor insista asupra necesităţei şi utilităţei adoptărei lor.

Statul e dator să dea exemplul cel bun şi să aplice măsurile antimalarice la toţi lucrătorii care depind de el direct sau indirect, impunând la toate întreprinderile concesionate în localităţile paludice aplicarea chininizărei preventive. Prin noua organizaţie sanitară, cu multiplicarea circumscripţiilor medicale, serviciul de profilaxie chininică se va putea confunda, în mare parte, pentru localităţile cari nu sunt prea impaludate cu celelalte atribuţii ale medicului de plasă şi nu va necesita un personal special de agenţi sanitari. Localităţile însă mai bântuite vor trebui să fie supraveghiate de agenţi sanitari exclusiv însărcinaţi cu combaterea paludismului.

---

(1) In comuna aceasta cu o populaţie de 1114 locuitori dintre cari în anii anteriori $72^0/_0$ fuseseră impaludaţi, s'au chininizat profilactic în 1907, 548 locuitori dintre cari s'au impaludat 23 sau $4^0/_0$ pe când din 512 martori s'au impaludat 44 sau $8^0/_0$. (I. Predescu. Dare de seamă asupra unei campanii antipaludice 1908).

In felul acesta, printr'o propagandă activă, energică, neîntreruptă se vor provoca curente de opinie publică în favoarea măsurilor antimalarice. Legislaţia antimalarică va găsi atunci terenul preparat şi aplicarea măsurilor prevăzute în lege nu va întâlni nici un obstacol. Nu trebue însă să uităm că malaria e o boală endemică, foarte răspândită la noi şi că ea nu va putea fi înlăturată de cât după o acţiune coordonată şi de lungă durată. Statul ca şi particularii vor trebui să lupte fără răgaz şi cu toată energia pentru opera aceasta de înalt interes umanitar şi social.

MEDICINĂ PRACTICĂ

D. DANIELOPOLU

Tratamentul boalelor de inimă

prin

Injecțiuni intravenoase de strophantină

Primul autor, care a întrebuințat în mod sistematic strophantina în injecțiuni intra-venoase a fost Fraenkel. Rezultatele obținute de el și de cercetătorii ulteriori, cari au controlat lucrarea sa, au fost excelente, arătând că acest medicament este mult superior tuturor cardiotonicelor obicinuite.

In comerț există două feluri de strophantină, foarte variabile ca eficacitate și mai cu seamă ca toxicitate.

1. *Strophantina amorfă*, (strophantina purisimă, Merck, Bollinger, Gehe) este extrasă din semințele plantei Strophantus Kombe. Este cea mai eficace, după toate cercetările de până acum și cea mai puțin toxică. Este foarte important însă de atras atenția că toxicitatea sa variează în limite destul de mari, de la fabrică la fabrică și aceasta este datorit faptului că nici-odată în comerț nu vin grăunțe pure de Strophantus Kombe, ci sunt tot-deauna amestecate *în proporțiuni variabile* cu semințe de Strophantus Gratus, cari conțin un isomer mult mai toxic al strophantinei, *ouabaina*.

2. *Strophantina cristalizată* extrasă din semințele de Strophantus Gratus, (Strophantus glabre du Gaton) este un isomer al strophantinei, numită încă *ouabaină*.

Toxicitatea sa la animale este de $1^1/_2$—2 ori mai mare de cât aceea a strophantinei amorfe.

Cercetările clinice sunt cu totul insuficiente, pentru a se putea trage concluzii în privința eficacității sale în tratamentul boalelor de inimă. S'a constatat însă că această formă de strophantină este foarte periculoasă de maniat. Sunt în adevăr citate în literatură mai multe cazuri de moarte subită în urma injecției intravenoase de acest medicament.

Singurul său avantagiu este acela că, fiind de compoziție totdeauna identică, se poate dosa cu mai multă precizie.

Efectele strophantinei;

1. Intărește contracțiunea cardiacă și ridică presiunea arterială;
2. Rărește contracțiile inimei;
3. Regularizează foarte mult un cord aritmic;
4. Provoacă o diureză considerabilă, bolnavul descrește în greutate, edemele și congestiile pasive viscerale dispar.

Ceea-ce surprinde mai cu seamă este rapiditatea cu care strophantina amorfă în injecțiuni intra-venoase lucrează. Une-ori după câte-va minute de la injecție numărul contracțiunilor surde de la 120—140 scad la 80—90, contracțiunile se regularizează și diureaza augmentă în primele 24. de ore chiar.

Indicațiuni:

1. Strophantina amorfă este mai cu seamă indicată *în insuficiențele cardiace, în care organul nu mai reacționează la nici un cardio-tonic.* Sunt foarte multe observațiunile în literatură, în cari bolnavi asistolici cronici, tratați luni de zile cu toate cardiotonicele și diureticele obicinuite, nu s'au ameliorat de cât în urma injecțiilor de strophantină.

2. Acest medicament este indicat de asemenea *în cazurile, in cari este nevoie să excităm repede cordul,* la bolnavii cu insuficiența cardiacă pronunțată.

S'au văzut bolnavi muribunzi, cu puls nenumărabil sau cu presiunea arterială foarte scăzută, aproape nulă, complect anemici, cari și-au revenit complect în urma injecțiunei de strophantină amorfă.

3. Sunt cazuri în cari injecțiunile de strophantină nu au nici un efect, sau un efect limitat și în cari asociația de teobromină provoacă o ameliorare notabilă. Acoasta se întâmplă mai cu seamă în boalele de inimă însoțite de insuficiență renală cardiacă înaintată. In urma acestui tratament în afară de efectele obicinuite mai sus se mai notează și dispariția albuminei.

Contraindicaţiuni:

1. Strophantina amorfă este contra indicată *la bolnavii, cari au leziuni renale foarte înaintate şi independente de leziunea cardiacă.* In aceste cazuri medicamentul poate da loc la accidente. Din contră în cazurile de insuficienţă renală cardiacă, ea este indicată şi eficacitatea ei este probată, pe lângă altele, prin dispariţia în câte-va zile a albuminei de urină.

2. Este de asemenea contraindicată *la bolnavii, cari au luat de curând o preparaţie digitalică,* de oare-ce asociaţia de strophantină cu digitală constitue un compus foarte toxic. Autorii cred că este nevoie de un interval de 4—5 zile între ultima zi de digitală şi injecţia de strophantină, pentru a înlătura accidentele.

Este de atras atenţia însă că nu cazurile uşoare, cari pot fi ameliorate cu ori-ce cardiotonic, sunt tratate cu strophantină, ci tocmai acelea, în cari medicaţia obicinuită a insuficienţei cardiace n'a avut nici un efect.

Rezultă că întâlnim numeroase cazuri în cari, bolnavi cu cordul foarte insuficient să fi luat de curând, fără efect apreciabil, o preparaţiune digitalică oare-care.

In acest caz starea cordului bolnavului nu ne îndreptăţeşte să aşteptăm să se împlinească intervalul de timp impus de autori şi suntem forţaţi, sub riscul de moarte iminentă, să întrebuinţăm strophantina.

A amâna strophantina în aceste cazuri desperate, înseamnă une-ori a lăsa bolnavul să moară de leziunea sa cardiacă de frică de a nu-l intoxica cu acest medicament.

Pentru a înlătura însă ori-ce accident în aceste cazuri vom întrebuinţa strophantina amorfă *în doze foarte mici,* cari la unii bolnavi s'au arătat foarte active.

Doze:

Doza clasică indicată de Fraenkel este de *un miligram de strophantină amorfă,* doză care se poate repeta la cel puţin 24 de ore interval.

Dar pe când cea mai mare parte din autori, cu această doză chiar de mai multe ori repetată (până la 20 de miligrame într'o lună), n'au observat nici un accident, alţii au avut de înregistrat câte-va accidente mortale, din cari unele atribuite direct strophantinei.

Această variabilitate de rezultate, după diferiţii autori, este datorită variabilităţii în compoziţie a strophantinei amorfe, nu numai a două echantiloane de la două fabrici diferite, dar chiar a diferitelor produse eşite din aceeaşi fabrică.

Din cauza acestei inconstante toxicităţi a strophantinei şi din cauză că nu este de loc indispensabil de a întrebuinţa un miligram pentru a obţine efectele cuvenite, este bine a nu începe de cât cu *2,5—5 decimiligrame pe zi,* într'o singură dată sau mai bine în două rânduri, la 12 ore interval.

Cu aceste mici doze în adevăr se poate obţine rezultate remarcabile, iar accidentele sunt înlăturate.

Este nevoie să se atragă atenţia *că cu cât bolnavul este mai grav, cu atât toxicitatea strophantinei în acel caz este mai mare şi deci cu atât mai mult este nevoie să începem cu doze mai mici şi să repetăm injecţiile la intervale mai mari.*

Făcând tratamentul cu multă atenţiune, se poate urma cu injecţiile mai multe săptămâni, *având însă grija de a face injecţiile în acest caz la 2—3 zile.*

Se înţelege foarte bine că la bolnavii cari au luat digitală, dar la cari starea cardiacă gravă ne forţează mâna poate să facem injecţii intra-venoase de strophantină, trebue să începem cu doze şi mai mici *1—2 decimiligrame în 24 ore,* cantităţi cari une-ori s'au arătat foarte eficace.

Technica este acea clasică a ori-căror injecţiuni intra-venoase. Este nevoie însă ca atunci când se scoate acul din vână, să se facă foarte repede, aceasta de oare-ce o cantitate cât de mică de strophantină strecurată sub piele provoacă o iritaţie locală foarte dureroasă.

Accidente:

Cel mai importat accident notat în urma injecţiunilor de strophantină este moartea subită, survenită jum. oră până la o oră după injecţie.

Cea mai mare parte din cazurile de moarte subită citate în literatură sunt acelea ale unor bolnavi prea înaintaţi sau cu leziuni renale intense. In alte cazuri se însemnează digitala cu care a fost asociată strophantina.

Unele în fine sunt datorite faptului că s'a întrebuinţat strophantina cristalizată (ouabaina) în aceiaşi doză ca strophantina amorfă deşi este de $1^1/_2$—2 ori mai toxică ca aceasta din urmă.

Accidentul posibil nu ne îndreptăţeşte însă să înlăturăm acest medicament în tratamentul cardiacilor la cari n'au avut nici un efect toate condiţiunile obicinuite şi la cari nu se mai poate spera o ameliorare de cât cu strophantină.

Un nou procedeu pentru căutarea sângelui

Procedeul clasic al lui Van Deen, bazat pe oxidaţiunea tincturei de gaiac, nu este specific pentru sânge, de oare-ce se obţine reacţie pozitivă şi cu puroiul şi cu saliva.

Meyer recomandă un alt reactiv, care se prepară în modul următor:

Se face un amestec la cald de *2 grame fenolftaleină, 20 gr. potasă caustică în 100 cmc. apă destilată*, se adaugă în urmă *10 grame de pulbere de zinc*.

Soluţia de fenolftaleină, în prezenţa alcalină ia o coloraţie roşie intensă. Sub infiuenţa hidrogenului, născând din acţiunea potasei asupra pulberei de zinc, fenolftaleină se hidratează, transformându-se în fenolftalină (compus mai puţin oxigenat) care n'are proprietatea de a se înroşi în prezenţa alcalină.

Se lasă reactivul câte-va zile pentru ca toată fenolftaleina să se transforme în fenolftalină, ceea-ce se arată prin decolorarea complectă a lichidului.

Reactivul se păstrează indefinit dacă se ţine la adăpost de acţiunea oxidantă a aerului.

Pentru cercetarea sângelui se amestecă *2 cmc. de lichid de examinat, 1 cmc. reactiv* şi *2—3 picături de apă oxigenată.*

Dacă există sânge în lichidul de examinat, amestecul iea o coloraţie roşie, de oare-ce, sub influenţa descompunerei apei oxigenate prin hemoglobină, fenolftalina se transformă în fenolftaleină, care devine roşie în soluţia alcalină.

CRITICI ŞI CRONICI

Combaterea tuberculozei (1)

Asupra raportului d-lui dr. M. Minovici.

Răspunsul d-lui dr. S. Irimescu, medicul şef al sanatorului de la Filaret

In adunarea generală a societăţei pentru profilaxia tuberculozei de la 20 Iunie, d-l profesor Minovici, în calitatea sa de secretar general al acestei societăţi a dat citire raportului său anual. Concluziile sale au găsit însă aşa de puţin ecou în cât au provocat protestări energice din partea profesorului Cantacuzino, directorul general al serviciului sanitar, a profesorului Proca şi a Prinţului Barbu Ştirbey. Cei mai mulţi dintre membrii societăţii şi în primul rând profesorii Petrini-Galaţi şi Tomescu, preşedintele şi vice-preşedintele societăţei au arătat după şedinţă că nu împărtăşesc părerile d-lui Minovici. Dacă discuţia contradictorie, în care probabil d-l Minovici ar fi rămas singur de părerea sa, n'a luat în şedinţa publică o extensie mai mare, e că s'a hotărât ca ea să fie continuată în şedinţa consiliului de administraţie al societăţei, care va fi convocat într'una din zilele acestea.

Imi propuneam, atunci când raportul d-lui Minovici va fi publicat să arăt într'o revistă specială de medicină, cât de greşită e argumentaţia d-sale. D-l Minovici s'a grăbit însă să comunice ziarului „Adevărul“ raportul său. Cum în „Adevărul“ în analiza amănunțită a acestui raport în numărul de la 23 Iunie, replica profesorilor Cantacuzino și Proca n'a fost reprodusă, rezerva, pe care mi-o impusesem nu-și mai are locul. Cred de aceea că e o datorie pentru mine, în calitatea mea de medic șef al spitalului de la Filaret să dau explicațiile necesare, pentru a căuta să risipesc nedumerirea produsă în public, de raportul d-lui Minovici.

---

(1) Extras din „Adevărul“ No. 7116 din 27 Iunie 1909.

D-l profesor Minovici lăsând de o parte organizarea practică a luptei antituberculoase a crezut că dintrodată societatea pentru profilaxia tuberculozei trebue să aibă mandatul de a rezolva chestia socială de oare-ce „tuberculoza fiind o boală socială, remediul trebue să fie social". E într'adevăr foarte probabil că, atunci când armonia socială va fi deplină, „când cei cari nu posedă și nu dirig" vor fi împăcați în revendicările lor, tuberculoza care are cauze sociale va fi în mare parte înlăturată. De la înălțimile acestea vertiginoase de unde d-l Minovici privește chestia combaterei tuberculozei, amănuntele luptei, care se poate duce astăzi în contra acestui flagel, dispar.

Se explică ast-fel, de ce, d-l Minovici acordă o așa de mică importanță rezultatelor pe cari le poate da lupta antituberculoasă, în limitele contrazicerilor economice în cari trăește societatea actuală. Numai, glasul de profet sună falș, când exprimă convingeri superficiale, dobândite în pripă. D-l profesor Minovici, care e un medic legist eminent e de abia de un an secretar al societății pentru profilaxia tuberculozei și are tot dreptul să ignoreze o serie de chestii, mai ales din cele practice, privitoare la lupta antituberculoasă. D-sa își ia însă răspunderi grave când pontifică cu o siguranță imperturbabilă în chestiuni pe cari nu le cunoaște destul. Și răspunderile provin din cauza situației pe care d-sa o ocupă. Când în ziare se citește că un profesor universitar, care e și secretarul general al societății pentru profilaxia tuberculozei a declarat că „sanatoriile în general sunt departe de a fi dat roade satisfăcătoare, că au chiar dezavantagiu că distrag lupta de la ținta ei adevărată, de la combaterea cauzelor tuberculozei" și că din sanatoriul fondat de societatea pentru profilaxia tuberculozei, cel de la Filaret, n'au eșit după 3 ani de funcționare de cât 23 de vindecați, publicul, cu drept cuvânt, e descurajat și dezorientat, de oare-ce, la aceiași societate, într'alți ani i se spusese — e drept de un alt secretar general, de omul de inimă și de inteligență, care a fost d-rul Radovici — că în lupta antituberculoasă sanatoriile au o importanță primordială. Și atunci, primul şarlatan care anunţă vindecări repezi şi sigure cu seruri miraculoase şi specifice, cari nu există bine înţeles de cât în imaginaţia sa, găseşte un teren admirabil preparat pentru a exploata ignoranţa publicului.

In raportul d-lui profesor Minovici sunt trei puncte mai importante cari trebue lămurite. Primul e relativ la importanţa sanatoriilor în general ca armă de luptă în contra tuberculozei; cel de al doilea e privitor la rezultatele obţinute în sanatoriul de la Filaret, cel de al treilea în fine la costul de instalare şi de întreţinere, după d-sa excesiv, al acestui sanatoriu.

Voi fi scurt de oare-ce nu e locul aici pentru dezvoltările pe cari chestia le-ar comporta.

In ceea-ce priveşte primul punct, d-sa cu o seninătate superbă bine-voeşte să anunţe, după ce a citat câţi-va autori, falimentul aproape complect al sanatoriilor ca mijloace de cură a tuberculozei. In realitate chiar autorii pe cari i-a citat — Courtois-Suffit, Cornet — nu combat propriu zis sanatoriile ci le acordă o importanţă secundară în lupta antituberculoasă, ridicând un număr de obiecţii asupra duratei insuficiente a timpului de cură din sanatorii (trei luni în Germania) ceea-ce face ca rezultatele obţinute să fie puţin durabile. In combaterea tuberculozei, sanatoriile au însă în primul rând o valoare educativă pe lângă acţiunea lor terapeutică, care nici ea nu trebue să fie ignorată.

Tuberculoza e cea mai curabilă dintre boalele cronice — a spus Grancher — când e tratată la vreme şi ca dovadă poate servi materialul enorm cules în sanatorii care arată rezultatele pe cari le poate da o cură bine înţeleasă a tuberculozei.

Nu e locul să prezint aici date statistice. Voi cita numai cifrele lui Gebhard asupra rezultatelor obţinute în sanatoriile societăţei de asigurare a oraşelor hanseatice, în intervalul de la 1894—1903, după un timp prin urmare destul de lung de observaţie. Statistica e relativă la 6025 tuberculoşi, cari la intrarea în sanatoriu se găseau în marea lor majoritate în imposibilitate de a mai putea munci.

Rezultatele au fost aşa de bune în cât după 8 jum. ani de la ieşirea din sanatoriu, 60°/₀ dintre ei păstrau o capacitate de muncă complectă. Dovada de altminteri că, sanatoriile sunt încă, în starea actuală de lucruri, unul din cele mai bune mijloace de cură a tuberculozei, e că, numărul lor sporeşte — cu toate atacurile cari li s'au adus — în mod regulat în toate ţările cari înţeleg să organizeze o luptă sistematică în contra tuberculozei. In privinţa aceasta, comunicările făcute anul trecut la conferinţa de la Filadelfia şi la congresul de la Washington sunt cât se poate de demonstrative. In Germania 135 sanatorii cu 13.000 paturi stau la dispoziţia tuberculoşilor.

In Statele-Unite, poporul american, care nu poate fi acuzat că e lipsit de simţ practic, a înţeles importanţa acestor instituţii şi în 1907 şi în primele 7 luni din 1908, 93 sanatorii au fost clădite. In Franţa, în Austria, pretutindeni, aceiaşi constatare se poate face până şi în mica Danemarcă care dispune de 1260 paturi în sanatorii pentru cura tuberculozei. Şi d-l Minovici găseşte că şi singurul sanatoriu pe care-l avem e deja prea mult!

Valoarea educativă a sanatoriilor e enormă: bolnavii cari au ieşit vindecaţi din sanatoriu sau aşa de amelioraţi în cât ani întregi îşi păstrează capacitatea de muncă sânt dovada cea mai bună despre rezultatele pe care le poate da o cură sistematică a tuberculozei.

Se arată ast-fel că tuberculoza e curabilă în toate fazele ei. Bolnavul care iese din sanatoriu şi-a făcut pe de altă parte în timpul curei o întreagă educaţie higienică care îi permite să continue la domiciliu tratamentul început — când vindecarea n'a fost complectă — şi să evite răspândirea boalei — când bacilii n'au dispărut din spute.

⁂

Trec acum la rezultatele obţinute în cei trei ani de funcţionare ai spitalului şi sanatoriului de la Filaret. In prima parte a raportului său, d-l profesor Minovici, enumerând rezultatele curei din spital şi sanatoriu a bine-voit să recunoască că ele nu numai că susţin comparaţia dar că întrec chiar pe cele ale instituţiilor similare din alte ţări.

A surprins de aceea, ca o contradicţie flagrantă, exclamaţia sa de la finele raportului că după cheltueli destul de mari, necesitate de întreţinerea sanatoriului, n'au eşit de cât 23 vindecaţi după 3 ani de funcţionare. La şedinţa societăţei, unde publicul era în mare parte compus din medici, surprinderea a provenit din cauză că d-l Minovici, după ce enunţase rezultatele obţinute, a tras concluzii absolut eronate. Publicul mare însă, a putut să fie impresionat într'altfel, crezând, într'adevăr, că rezultatele curei în spitalul şi sanatoriul de la Filaret sunt cât se poate de mediocre.

Nu trebuie să se uite însă că, la Filaret există două secţiuni: una cu cel mai mare număr de paturi (60) pentru formele înaintate ale boalei (80 la sută dintre bolnavii admişi se află în gradul al III-a al boalei) şi cealaltă cu 20 paturi numai, pentru cazurile incipiente.

Cei 23 bolnavi eşiţi după cură comp.ect vindecaţi sunt luaţi de d-l Minovici aproape toţi din statistica spitalului (9 în anul I, 8 într'al II-lea). Bolnavii de la sanatoriu la cari rezultatele curei au fost foarte favorabile sunt aproape cu totul lăsaţi de o parte de d-l doctor Minovici. Când însă printre bolnavii veniţi în spital cu leziuni înaintate se pot obţine un număr de vindecări *complecte*, d-l secretar general, ori-cât de dificil ar fi în aprecierile sale, ar trebui să se declare mulţumit. Pentru trebuinţele tezei sale d-l Minovici a ignorat însă cu totul în concluziile sale pe bolnavii trecuţi în raportul meu, la eşirea din spital ca *foarte amelioraţi* deşi bolnavii aceştia cari la intrare prezintau în marea lor majoritate leziuni înaintate şi aveau toţi bacili în spută, când au părăsit spitalul, aşa cum e arătat în raportul meu cu toate detailiile pentru fie-care bolnav în parte, nu numai că-şi pierduseră bacilii dar nu mai prezintau aproape nici un semn de leziuni pulmonare, afară de uşoare modificări respiratoare şi-şi recăpătaseră complect capacitatea de muncă. In timp de 3 ani au eşit numai *din spital* 89 bolnavi foarte amelioraţi şi unii dintre ei, la cari cura e deja veche, revăzuţi după 2—2 jum. ani, îşi păstrează intacte rezultatele obţinute.

Dacă bolnavii aceştia n'au fost trecuţi ca vindecaţi în raportul meu e că, nu m'am crezut autorizat să trec drept vindecaţi, după un timp relativ scurt de cură (media zilelor de cură fiind de 69 zile în primele zece luni de funcţionare, de 124 zile într'al doilea an, de 127 zile într'al treilea an) bolnavi intraţi cu leziuni aşa de înaintate ci am aşteptat ca vindecarea aceasta să fie confirmată prin examene ulterioare. Van Beneden, directorul sanatoriului popular de la Borgoumont (Belgia) enunţând rezultatele excelente obţinute într'acest sanatoriu — unele din cele mai bune din statistica generală a sanatoriilor — nu dă nici un caz de vindecare de şi e vorba de un sanatoriu în care se primesc numai cazuri favorabile, de oare-ce după cum spune Van Beneden termenul de vindecare nu trebue să fie întrebuinţat pentru rezultatele *imediate* ale unei cure antituberculoase, ori-cât de bune ar fi ele. Ofer această citaţie d-lui profesor Minovici ca să triumfe mai departe şi să aibă aceiaşi exclamaţie victorioasă: că de la Borgoumont n'a eşit nici un tuberculos vindecat!

Dacă am adoptat prin urmare termenul acesta de foarte ameliorat pentru rezultatele aşa de favorabile obţinute la un mare număr de bolnavi, din cei cari şi-au făcut cura în spital, e din cauză, că am voit să păstrez rapoartelor mele un caracter pur ştiinţific.

Era însă o datorie cred, pentru d-l profesor Minovici, în calitatea sa de secretar general al societăţei pentru profilaxia tuberculozei ca, în loc să deprecieze rezultatele obţinute în spitalul de la Filaret, să le dea o justă interpretare fără ca, pentru aceasta, să fie obligat să exagereze câtuşi de puţin avantagiile pe cari le oferă o cură făcută într'un spital special organizat în vederea tratamentului tuberculozei.

D-l profesor Minovici, voeşte poate să mă întrec în enunţarea de rezultate extraordinare cu ceia-ce sub formă de reclamă absolut scandaloasă se face de oare-cari iniţiatori de aşa zise ligi contra boalelor populare. Acolo, cu seruri specifice (?) (vezi darea de seamă în cea mai mare parte din ziarele din Bucureşti), secretarul ligei a anunţat în conferinţele sale că a vindecat 323 din 420 de tuberculoşi trataţi! Vindecările acestea aşa de numeroase, mai împlinesc încă un deziderat: au fost foarte puţin costisitoare, cel puţin pentru iniţiatorii ligei dacă nu pentru bolnavi. D-l secretar al ligei, în conferinţele sale a declarat că cheltuelile ligei au fost de la începuturile sale numai de 5000 de lei. Suma aceasta chiar, a trebuit să fie cu prisosinţă compensată prin beneficiile raportate de tratamentul electric, absolut indispensabil se pare, ca să complecteze pe cel specific şi care va face probabil ca la o viitoare şi apropiată conferinţă să ni se anunţe că şi restul bolnavilor, până la 420, s'au vindecat şi ei!

Dacă d-l dr. Minovici, ar fi citit cu destulă atenţie rapoartele mele din cei trei ani de funcţionare ai spitalului, ar fi putut constata că, în afară de bolnavii vindecaţi şi foarte amelioraţi, mulţi dintre cei trecuţi la eşire ca amelioraţi, (39 în anul I, 52 în anul II, 54 în anul III), au plecat din spital fără bacili şi cu capacitatea de muncă la unii total, la alţii în mare parte redobândită şi că chiar la bolnavii notaţi la eşire ca uşor amelioraţi (28 în anul I, 40 în anul II, 48 în anul III), cura a avut rezultate apreciabile.

Datele acestea sunt toate referitoare la spital unde în timp de 3 ani, şi-au făcut cura 573 de bolnavi, bolnavi cari după cum am arătat mai sus, aveau în momentul admiterii leziuni grave (80 la sută în gradul al III-lea). Datele din sanatoriu, unde cura s'a făcut cu rezultate excelente — majoritatea mare a bolnavilor eşiţi foarte ameliorați şi un însemnat număr complect vindecați — au fost cu totul ignorate de d-l Minovici, aşa în cât e inutil să discút asupra lor.

Al treilea punct care rămâne să fie lămurit, e costul de instalare şi întreținere a spitalului şi sanatoriului de la Filaret. Şi în privința aceasta d-l Minovici a exagerat foarte mult, când a găsit că el este excesiv. Dacă şi-ar fi dat osteneala să citească desbaterile conferinței de la Viena din 1907, unde s'a discutat cu amănunte costul sanatoriilor din diferite părți din Europa şi America, ar fi constatat că, spitalul şi sanatoriul de la Filaret, unde costul de instalare a fost de 4000 lei de pat, e unul din cele mai eftine din Europa (sanatoriul popular de la Belitz a costat 10000 mărci de pat, cel de la Angicourt 10000 lei, etc.).

In privința cheltuelilor de întreținere, din calculele pe cari le-am făcut reese că, costul total al zilei de cură — toate cheltuelile fiind cuprinse într'acest calcul — e de 3 lei 70 bani pentru spital şi de 4 lei 90 bani pentru sanatoriu. Atunci când direcția sanitară cheltueşte în termen mediu, în spitalele sale rurale, 3 lei 50 bani pe zi, suma de 3 lei 70 bani pentru ziua de cură, într'un spital special organizat pentru tratamentul tuberculozei — în care supra-alimentația joacă un rol important — socotesc că n'ar fi fost găsită excesivă nici chiar de d-l profesor Minovici, dacă şi-ar fi dat osteneala să reflecteze asupra ei. (Calculul acesta e exact până la centimă şi l'am stabilit după bugetul spitalului şi sanatoriului. Nu trebue să se uite că din subvenția anuală de 150000 lei, pe care o dă Statul, se retribuesc şi cei 3 medici şi restul personalului care funcționează la dispensarii şi se plătesc şi medicamentele date la consultații). Obiecția pe care ar putea-o ridica d-l Minovici, că un spital de izolare în care se primesc un mare număr de incurabili, s'ar putea întreține cu un cost mai mic, n'o pot socoti ca valabilă, de cât dacă separarea pe categorii ar fi absolut complectă şi dacă în aşa zisul spital de izolare nu s'ar primi de cât incurabili. Am dovedit însă că printre formele deschise ale tuberculozei pulmonare am putut obține — de şi cazurile erau înaintate — rezultate terapeutice evidente.

De altminteri, în discuțiile urmate asupra izolărei bolnavilor înaintați, atât la conferința de la Vïena şi Filadelfia, cât şi la congresul de la Washington, oameni autorizați ca Leube, Biggs, Philipp, Meyer, au ajuns la concluzia că spitalele de izolare trebue să fie ast-fel organizate în cât să se primească toate categoriile de bolnavi cu leziuni deschise, de oare-ce dacă ele ar fi rezervate numai pentru tuberculoşii cu pronostic complect defavorabil, mortalitatea mare ar descuraja pe bolnavi. Pentru spitalul de izolare cel mai modest, a cărui organizare ar fi ast-fel înţeleasă, costul zilei de cură nu poate fi însă inferior celui de la spitalul de la Filaret, chiar dacă s'ar reuşi să se ajungă la rezultatul, ca instalarea sa să fie mai puţin costisitoare.

Am terminat discuţia asupra celor trei puncte pe cari voiam să le lămuresc faţă de d-l profesor Minovici.

Dacă d-sa în raportul său s'ar fi mulţumit să arate că pe lângă sanatorii sunt o serie de alte măsuri cari trebue luate pentru a împedica răspândirea tuberculozei, nimeni n'ar fi avut nici o obiecţie de ridicat.

E absolut sigur că alături de sanatorii, dispensariile, construirea de locuinţe eftine şi igienice pentru populaţia săracă, toate măsurile de îndreptare a stărei sociale şi economice a lucrătorilor, pot fi de un mare ajutor în lupta anti-tuberculoasă.

Rolul sanatoriilor nu trebue însă depreciat şi cu atât mai puţin cel al spitalelor de izolare. Rezultatele pe cari le dau şi unele şi altele, atât în ceia-ce priveşte acţiunea lor terapeutică cât şi acţiunea lor educativă, compensează cu prisosinţă cheltuelile necesitate pentru construcţia şi întreţinerea lor.

FAPTE CLINICE

SPITALUL MILITAR CENTRAL „REGINA ELISABETA"

Medic Colonel Dr. M. CĂLINESCU
și
Medic ajutor Dr. V. GOMOIU

Consideraţiuni asupra traumatismelor craniene

Cu toate progresele chirurgiei în genere, şi cu tot avântul pe care l-a luat de cât-va timp chirurgia cranio-encefalică în special, mai sunt o mulţime de chestiuni a căror soluţiune pare că este încă *sub judice*. Una din aceste chestiuni, de o importanță indiscutabilă din toate punctele de vedere, este şi acea a traumatismelor craniene. Pe când în majoritatea cazurilor chirurgul are la îndemână indicaţiuni şi contraindicaţiuni precise, când norma lui de conduită faţă de varietatea cazurilor ce i se pot prezinta este bine stabilită, din contră capitolul traumatismelor craniene apare pentru mulţi ca cel mai puţin elucidat şi de multe ori vedem că bunul simţ al chirurgului rămâne unicul judecător care să aprecieze gradul traumatismului, consecinţele ce poate avea, şi să formuleze norma de conduită ce convine acelui caz particular.

Pe când unii chirurgi, în frunte cu Tillaux, recomandă abstenţiunea sau cel puţin temporizarea până ce fenomene manifeste şi serioase ne impun să intervenim, din contră, alţii susţin intervenţia imediată chiar atunci când existenţa unei fracturi, a unei compresiuni este discutată.

Or, în afară de cazurile de fractură manifestă, cu fenomene cerebrale bine localizate şi unde intervenţiunea sângerândă a chirurgului se impune, tocmai acele cazuri dubioase şi discutate prezintă pentru practician cel mai mare interes şi reclamă stabilirea unor reguli de conduită.

Probabil dificultatea chestiunei este cauza pentru care tratatele de chirurgie se ocupă aproape numai de prima categorie de cazuri şi însuşi Lejars, care a căutat să stabilească reguli precise de urmat în toate cazurile de traumatisme craniene, e nevoit să păstreze acelaşi echivoc în ce priveşte cazurile acestea discutabile. „En somme, s'il n'y a pas, de phénomènes localisés, spune dânsul categoric, si vous n'avez trouvé sur la voûte ou la partie latérale du crâne qu'un point douloureux ou une fissure, vous n'avez rien à faire". Apoi, „avez vous constaté un enfoncement bien net, la question devient discutable. En pratique, la conclusion suivante est, en somme, celle du bon sens: pas de plaie, pas d'accidents, pas d'intervention; on ne saurait imposer au praticien une responsabilité, que, d'ailleurs, il ne prendra pas, et qu'on ne lui laissera pas prendre". Imediat după aceasta, Lejars are însă grija să adauge, în notă: „Il n'en est pas, moins que, si l'on est en etat de le faire bien, l'ouverture immédiate du foyer de fracture, le relèvement ou l'extraction des fragments enfoncés, représenteront la méthode rationelle, qui seule préviendra les accidents tardifs, et la nécessité éventuelle de trépanations ultérieures".

De alt-fel, însuşi Chipault recunoaşte că „rien n'est plus difficile que la description des traumatismes péricrânio-crânio-encéphaliques. Pour que chacun d'eux fût complètement décrit, il faudrait, zice dânsul, étudier à son propos, toutes les lésions primitives, secondaires, tertiaires, susceptibles de s'y rencontrer... Véritablement, pour comprendre la presque constante superposition de ces lésions, il faut avoir vu beaucoup de malades, ou lu beaucoup d'observations, etc.".

Studiul traumatismelor craniene în genere, este în adevăr o chestiune vastă căci el trebue să îmbrăţişeze toate leziunile traumatice atât ale epicraniului cât şi ale craniului şi conţinutului său;— leziuni produse prin arsuri sau armă de foc, prin instrumente tăetoare sau înţepătoare, prin corpi contondenţi etc.; — leziuni care pot să fie de o intensitate minimă şi care pot trece nebăgate în seamă, sau leziuni violente, grave — prin ele însăşi sau prin complicaţiunile la care pot da naştere.

Un asemenea studiu prezintă cu atât mai mult interes, cu cât, astă-zi fiind mai bine înarmați, prin aceasta și responsabilitatea noastră devine mai mare.

In studiul de față, noi ne mărginim la o singură varietate de traumatisme, la cea mai importantă și mai puțin elucidată din toate — la acea produsă prin corpi contondenți, și iată observațiunile clinice a două cazuri cu totul recente, care ne-au determinat a face aceste considerațiuni.

In primul caz este vorba de un sergent plutonier, D. A., în etate de 29 ani, făcând parte din reg. 10 de artilerie.

In ziua de 9 Mai, ora 8 a. m., mergând cu bateria la exercițiu, calul plutonierului se ambalează, îl trântește în cap și cade el însuși rostogolindu-se peste călăreț. Bolnavul, în stare de nesimțire și plin de sângele, ce'i curgea în abondență prin nas, fu ridicat și transportat, cu targa, la bat. 2 Pionieri, unde i s'au dat primele ajutoare, iar de aci fu adus în serviciul nostru.

Bolnavul este într'o stare de torpoare, cu fața palidă și acoperită cu sudoare; ține ochii închiși, și nu răspunde la nici o întrebare; pare indiferent de tot ceea-ce se petrece în jurul său. Starea sensibilităței tactile, termice sau dureroase este greu de apreciat — ea pare ștearsă cu totul. Pulsul e mic, repede și prezintă din când în când câte o intermitență. Respirația este lentă și superficială, iar alte ori devine dispneică, sacadată.

De alt-fel bolnavul nu prezintă nici un alt semn de violență exterioară de cât niște ușoare escoriațiuni pe urechea și pe tâmpla dreaptă și o echimoză abia apreciabilă în reg. parieto-occipitală dreaptă, fără a prezinta însă la acest nivel vre-unul din semnele unei fracturi.

In rest, pe cât permite examenul clinic în asemenea stări, am putea nota că bolnavul are un torace strâmt și bombat anterior; este un vechi tabagic și poartă un ușor grad de emfizem pulmonar. In regiunea inguinală stângă prezintă niște cicatrice — urma unor adenite vechi supurate. Pe fața anterioară a gambei stângi, se constată o cicatrice alburie, neaderentă de straturile profunde.

Urinele nu conțin albumină nici zahăr. Fără a avea o adevărată incontinență urinară, totuși bolnavul își descarcă vezica în mod inconștient în pat.

Reflexul abdominal, cremasterian și plantar, sunt conservate; starea celor alte reflexe e mai greu de apreciat.

In ce priveşte trecutul patologic al bolnavului, este ignorat de cei ce'l înconjoară;—reiese totuşi din cele ce relatează aceştia, că bolnavul ar fi suferit mai nainte de o pleurezie stângă şi că ar fi un vechi sifilitic.

— Se face bolnavului injecţiuni cu cafeină şi eter, se aşează în poziţiunea orizontală — decubit dorsal, i se pune punga cu ghiaţă pe cap, şi se lasă în repaos, absolut.

10 Mai. Bolnavul şeade în aceaşi stare de torpoare. Se face o clismă abondentă — fiind-că nu avusese scaun, şi este bine servit. Se administrează poţiuni tonice, se menţine punga cu ghiaţă şi repaosul absolut.

In tot timpul bolnavul şade ca într'o stare de rezoluţie complectă. Deşteptat fiind — lucru pentru care trebue multă insistenţă,— din somnolenţa lui, se constată că bolnavul are parafazie, iar mişcările membrelor inferioare — singurele de care face uz, sunt dezordonate şi foarte greu de executat.

11 Mai. Aceaşi stare se menţine aproape fără nici o modificare. Se continuă cu acelaşi tratament: poţiuni tonice, fricţiuni excitante pe tot corpul — cu alcool, oleu de terebentină. Se întreţine curăţenia cavităţilor feţei.

11—12 Mai. Starea bolnavului pare să se agraveze; nu mai răspunde de loc la întrebări; starea de somnolenţă e mai accentuată; respiraţia stertoroasă; nu mai reacţionează de cât cu piciorul stâng; sensibilitatea pare şi mai ştearsă; trăsăturile feţei sunt şterse, dinţii fuliginoşi; pulsul mic, cam neregulat şi cu intermitenţe mai dese, numără 108 bătăi pe minut. Temperatura, care în zilele de 9, 10, a oscilat între 37^4—37^6, scade acum la 36^4—36^8.

Se aplică bolnavului o serie de 6 ventuze cu sânge, în reg. dorso-cervicală; se fac fricţiuni stimulente pe tot corpul, se administrează poţiuni tonice şi răcoritoare; se face antisepsia cavităţilor bucală şi nazală prin loţiuni cu acid boric şi apă oxigenată; se pune o clismă abondentă.

12—13 Mai. Starea bolnavului se ameliorează din ce în ce. Se continuă acelaşi tratament.

13 Mai. Starea bolnavului apare cu totul alta: Figura lui dobândeşte o expresiune de voioşie îmbucurătoare; reflexele şi reacţiunea bolnavului apar mai puternice; răspunde mai voios la întrebări dar exprimarea e tot dificilă şi abia poate fi înţeles vocea slabă şi vorba gângăvitoare; bolnavul începe să se nutrească, iar evacuările se fac în mod regulat şi conştient.

Un fapt care merită atențiunea este acela că, pe când mișcările membrului superior și inferior stâng sunt acum aproape normale, din contră acelea ale membrului superior și inferior drept sunt abia posibile și desordonate; forța dinamometrică în dreapta este de 12, pe când în stânga, este 49. Bolnavul acusă ușoare cefalalgii. Chiar în repoas, dar mai ales în timpul vorbirei, se pare că există și ușoară pareză facială dreaptă. Cam la nivelul echimozei precitate, presiunea este dureroasă, prezentând aci un punct cu maximum de durere.

Ideea unei intervențiuni chirurgicale, a cărei discuțiune de astă dată se impunea, a fost temporizată, și se continuă tratamentul medical devenit în cazul de față curativ.

14, 15 Mai. Starea bolnavului merge continuu ameliorându-se. 16 Mai. Starea generală pare enorm ameliorată; bolnavul răspunde exact și bine-voitor la întrebări, și cuvintele sunt destul de bine pronunțate pentru a putea fi înțelese; bolnavul singur ne povestește tot ce s'a petrecut până în momentul accidentului, când 'și-a pierdut cunoștința. Toate funcțiunile simțurilor (văzul, mirosul, auzul și gustul) apar normale; sensibilitatea termică și dureroasă de asemenea; sensibilitatea tactilă, oare cum exagerată pe alocurea (în jumătatea stângă a feței și gâtului) prezentând adevărate zone de iperestezie, este în restul corpului destul de obtusă, necesitând o distanță de $2\,^1/_2$ ctm. între vârfurile compasului Weber, pentru a putea fi percepute. Reflexul faringian este abolit, iar cel rotulian și plantar sunt exagerate. Mișcările membrelor devin mai ușoare dar tot limitate: forța dinamometrică în dreapta a ajuns la 30; piciorul poate fi ridicat de pe pat, dar mișcările sunt brusce și oare cum sacadate. Pulsul și temperatura sunt normale. Bolnavul se nutrește bine. Ca medicațiune nu-i se mai dă de cât limonadă fosforică și fricțiuni cu spirt de muștar și salicilat de metil.

18 Mai. Se recomandă exercițiul. Bolnavul merge, dar trebuește susținut, căci pe de o parte forța membrului, inferior drept este insuficientă, iar pe de altă parte el prezintă o tendință manifestă de a cădea spre dreapta — o latero-pulsiune.

20 — 25 Mai. Se dă bolnavului să ia Iodur de potasiu, în sol. de $2\,^0/_0$, și se ține în observație. Starea lui a mers continuu și treptat ameliorându-se.

La 28 Mai, după cererea sa, este congediat pentru a merge într'o stațiune balneară. Nu mai păstrează din starea sa inițială de cât turburarea în vorbire și o ușoară obnubilație intelectuală.

In al doilea caz, este vorba de un soldat anume N. P., în etate de 22 ani, făcând parte din compania de pompieri.

In ziua de 3 Iunie, ora 8 a. m., pe când făcea exerciţiul pe scări, bolnavul cade de la o înălţime, se zice de aproape 9 metri. Nu poate preciza nimeni poziţiunea în care a căzut, dar faptul precis este că imediat bolnavul 'şi-a pierdut cunoştinţa. A fost ridicat în grabă şi transportat la serviciul nostru.

Bolnavul se găseşte într'o stare de torpoare, e profundă aproape în rezoluţie complectă. Faţa palidă, aproape marmorată şi acoperită cu sudori reci; trăsăturile figurei complect şterse. Nu răspunde la nici o întrebare şi nimic nu 'l poate scoate din starea lui de somnolenţă. Respiraţia lentă dar cam greoaie; pulsul rar dar plin.

Intrarea nărilor astupate cu sânge închegat, care pare să fi provenit probabil din erosiunea ce există la baza septului nasal.

In regiunea frontală stângă (pe bosă) bolnavul prezintă o eroziune destul de profundă, ocupând o suprafaţă cât o piesă de un leu; la nivelul mentonului, imediat în stânga liniei mediane, prezintă o plagă lungă de 3 ctm., produsă printr'un corp contendent. In restul corpului nici un semn de violenţă exterioară.

Se face bolnavului injecţiuni cu cafeină şi eter; se aplică pansamentul necesar; se aşează în repoas, în decubit dorsal, şi se ţine în observaţiune.

Peste cât-va timp (3 — 4 ore) bolnavul începe să'şi revină în simţiri; reacţionează violent la excitaţiuni; se vaetă şi acuză dureri în locul traumatizat.

4 Iunie. Starea quasi-comatoasă, care a durat aproape tot timpul primelor două zile, a dispărut. Se schimbă pansamentul; se administrează bolnavului numai limonadă fosforică, şi i se dă regim lactat.

5 Iunie. Starea bolnavului s'a ameliorat enorm; nu mai persistă de cât uşoară paloare a feţei; are însă perfectă luciditate a intelectului. Pansament.

6 Iunie. Starea generală a bolnavului pare normală; umblă şi abia mai resimte oare-care slăbiciune şi ameţeală.

7 Iunie. Bolnavul se găseşte complect restabilit, şi la 8 Iunie se înapoiază la serviciu.

Iată deci două cazuri la cari tabloul clinic al afecţiunei, care ne interesează, se aseamănă atât de mult prin debutul lor şi prin împrejurările în cari s'a produs, dar care diferă atât de mult prin evoluţia şi prin modul de terminare al acestei afecţiuni.

In primul caz, bolnavul cade de la o înălţime de cel mult $1^1/_2$ sau 2 metri, fiind svârlit pe câmp; nu prezintă nici un semn de violenţă exterioară, de cât acea mică echimoză fronto-parietală, de care am vorbit; are epistaxis care încetează imediat; n'are otoragii şi nici un alt semn care să traducă o fractură a oaselor craniului.

In al doilea caz, bolnavul cade de la o înălţime de aproape 9 metri, pe un sol rezistent; are o eroziune puternică în regiunea frontală şi o plagă a bărbiei.

Amândoi bolnavii sunt aduşi în stare comatoasă; Al doilea, a cărui stare părea şi mai gravă, îşi revine în simţiri după câte-va ore, se restabileşte chiar de a doua zi şi după 4 zile de la accident nu mai păstrează altă urmă de cât cicatricea consecutivă plăgei mentoniere şi frontale. Din contră, primul bolnav rămâne în starea lui de torpoare timp de 2 zile, după care fenomenele se agravează; Işi revine puţin către a 5-a zi, şi de 'aci înainte starea lui merge ameliorându-se continuu până la eşirea din spital.

Fără a intra în amănuntele discuţiunei asupra comoţiunei cerebrale; — fie că ea nu constitue o entitate morbidă, ci este numai un grad uşor al contuziunei cerebrale, aşa cum o consideră Kirmisson, Chipault, etc.; zicem, fără a ne ocupa de multiplele teorii, emise asupra acestei cestiuni, ci considerând numai faptul clinic în sine — aşa cum ni se prezintă în practică, cu tabloul simptomatic dat de autori, chestiunea a fost uşor de rezolvat, în acel de al doilea caz al nostru;—tocmai în acest caz unde leziunea frontală şi mai ales traumatismul pe bărbie ne putea face să ne gândim la o fractură a oaselor craniului, restabilirea repede şi perfectă a bolnavului, ne-a arătat că nu era vorba de cât de comoţiune cerebrală sau shok traumatic. — ori cum l-ar numi autorii, dar fără nici o leziune materială.

Din contră, în cazul dintâi, lipsa vre-unui semn de violenţă, ne-a făcut la început să acceptăm fără discuţie existenţa numai a unei comoţiuni cerebrale. Agravarea simptomelor, mai 'nainte ca bolnavul să fi ieşit complect din faza de stupoare, era însă de natură a impune existenţa unei fracturi cu revărsare de sânge intracraniană, şi persistenţa emiparezei de partea dreaptă, confirma şi mai mult această presupunere.

Ori, faţă de aceste împrejurări se puneau două întrebări; este sau nu o fractură, cu emoragie? sau era vorba de o redeşteptare a unei stări patologice despre care noi nu puteam avea cunoştinţă? Apoi, în acest caz trebuia să intervenim sau să ne abţinem?

De şi acestea sunt cazurile cele mai rari pe care le întâlnim în practică, totuşi este bine de ştiut că, din numeroasele observaţiuni relatate înaintea societăţilor de chirurgie, cum şi din lucrările publicate la noi asupra acestei chestiuni—ca acea a d-lui D-r. Popescu, bazată pe 24 cazuri, (România medicală şi Presa medicală română 1908), teza D-lui *D*-r. Brătescu, bazată pe 22 cazuri, din serviciul D-lor Prof. Th. Ionescu, zicem, din toate aceste observaţiuni reese că intervenţiunea de urgenţă să nu se practice de cât în cazurile de fractură cu înfundare a bolţei şi de turburări cerebrale localizate, a căror leziune originală este în raport cu sediul fracturei, rămânând ca prognosticul să fie discutat după starea bolnavului şi după felul intervenţiunei.

Chiar în cazurile când la semnele fizice ale unei fracturi se adaugă simptome nervoase localizate, sunt autori ca Marion cari susţin ca, intervenţiunea cel puţin să se temporizeze, dacă nu există o infundare manifestă. Mai mult încă, autori ca Rawling susţin că, chiar în cazuri de fracturi închise cu emoragie manifestă, să ne abţinem a interveni dacă nu avem urcare de temperatură.

Ori de câte ori este vorba de o fractură închisă, fără înfundare şi fără accidente cerebrale;— când există o fractură cu înfundare mică şi fără accidente nervoase;— când e vorba de o fractură a bolţei, fără înfundare şi însoţită de accidente cerebrale primitive difuze sau chiar însoţite de acidente cerebrale localizate—primitive sau secundare (imediate ori apropiate) — dar a căror localizare nu e în raport cu sediul fracturei; — în sfârşit, cu atât mai mult în cazurile când diagnosticul unei fracturi nu poate fi precizat sau când mijloacele de cari dispunem sunt insuficiente, contrar afirmaţiunilor lui Sédillot, Championnière, Pozzi etc., majoritatea chirurgilor (Bergmann, Tillaux, Gross, Berger, Marchant, Marion, Lejars, etc.) susţin abstenţiunea sau cel puţin temporizarea intervenţiunei, până când simptomele cerebrale persistente sau progresive impun trepanaţiunea.

Cazurile noastre nu face de cât sprijină această părere.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Colonel Dr. M. CĂLINESCU

DARE DE SEAMĂ

DE

MIŞCAREA BOLNAVILOR DIN SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA“ IN CURSUL LUNEI MAIU 1909

In cursul lunei Maiu a. c. s'au dat îngrijiri medicale la 1257 bolnavi, repartizaţi în cele 6 servicii ale spitalului; numărul total al zilelor de cură a fost de 14021 adică 11,1 zile de bolnav; costul medicamentelor a fost de lei 1962 bani 94 adică 0,14 de om pe zi.

In ce priveşte serviciile, se alătură relaţiunile lor lunare ce se vor continua d'aci înainte.

I

Serviciul Medical

In acest serviciu s'au tratat 376 bolnavi, dintre cari: au eşit vindecaţi 32.7°/o, amelioraţi 4.8°/o, statu-quo 2.9°/o, evacuaţi 13°/o, propuşi pentru concediu 19.4°/o, propuşi pentru reformă 1.3°/o; au sucombat 1.8°/o.

Boalele predominante au fost cele ale aparatului respirator, în special *tuberculoza* şi anume: *tuberculoza pulmonară 12 cazuri, tuberculoza pleuro-peritonealǎ 5, pneumonie cazeoasă 1, hidropneumotorax tuberculos 1.*

Tuberculoza pulmonară s'a prezintat în toate cazurile în perioada de ramoliţie, cu bacili în spută.

De adăugat 2 cazuri de bronchită suspectă şi 4 de hemoptizii.

Tuberculoza pleuro-peritoneală cu 5 cazuri (1 mort, 2 reformaţi, 2 rămaşi) s'a prezintat cu forma ascitică, febrilă în 4 cazuri. Intr'un caz de tuberculoză peritoneală, survenită la un tuberculos pulmonar, examenul lichidului peritoneal, a pus în evidenţă foarte numeroşi bacili Koch.

Hidropneumotoraxul, cu un caz letal

Tuberculoza generalizată, cu debut pleural, cu febră tip inversat, cu mers lent, cu alterare intensă a stării generale, cu două cazuri.

Pleurezia, cu 49 cazuri, constitue maladia principală în serviciu. Toate cazurile au fost cu exsudat; în cazurile în cari s'a făcut puncţia exploratrice, lichidul a fost sero-fibrinos în majoritate, hemoragie rare-ori. In toate cazurile s'a făcut la Laboratorul Spitalului examenul lichidului, care din punct de vedere citologic, s'a găsit de cele mai multe ori cu reacţie exclusivă de limfocite; într'un caz, unde examenul lichidului a denotat polinucleoză exclusivă, lichidul a devenit repede purulent (cum era de prevăzut).

Cantitatea de lichid exudat a variat mult; a necesitat rar toracenteza şi în genere s'a adoptat conduita de a nu se evacua lichidul de cât în caz de strictă necesitate.

Boala a evoluat în mod diferit; în unele cazuri tip febril inversat, alte ori lichidul s'a rezorbit foarte încet, starea generală înrăutăţindu-se, în majoritatea cazurilor, lichidul s'a rezorbit, starea generală mai bună.

Bronchita acută cu 24 cazuri (şi pneumonia cu 17 cazuri şi pleuro-pneumonii). Bronchita a fost în genere uşoară şi de scurtă durată. Pneumonia, dublă într'un caz, interesând lobii inferiori în majoritatea cazurilor, a dat 1 mort (miocardită). S'a reluat tratamentul cu digitala în doze mari, cu rezultate apreciabile.

Gripa cu 38 cazuri, în majoritate cu forma toracică, fără complicaţii; febra palustră (25 cazuri) şi reumatismul poliarticular acut (12 cazuri). Reumatismul nu s'a însoţit de complicaţii cardiace, dar a lăsat adesea stări de anemie.

Opt cazuri de icter cataral, evoluţie benignă, cedând lesne tratamentului.

Mortalitatea, cu un procent de 1.8°/₀, a fost cauzată în majoritatea cazurilor de tuberculoză (4 din 7), restul fiind datorit pneumoniei (1), peritonitei purulente (1) şi paraliziei generale (1).

II

Serviciul chirurgical

In cursul lunei Mai au intrat 116 bolnavi şi au eşit 168.

Boala predominantă în cursul acestei luni a fost *Herniile inguinale* cu diferitele lor varietăţi.

Dintre acestea, *hernii inguinale congenitale* au fost 11; *hernii inguinale simple 18*, *hernii inguinale duble* a fost *una singură* şi o *hernie inguinală strangulată.*

La aceasta din urmă s'a intervenit după 24 de ore. S'a rezecat o porţiune de vr'o 10 centimetri din epiploon, cât priveşte intestinul el era indemn. După două-spre-zece zile bolnavul a părăsit spitalul. Cinci cazuri de *pleurezie purulentă.*

La două din aceste cazuri, s'a făcut *rezecţia coastei a 8-a* şi *pleurotomie*, făcându-se în urma spălăturii cu acid boric, apă oxigenată şi ser artificial; cavitatea a fost drenată. Bolnavii acestia sunt în serviciu şi sunt mult amelioraţi.

La două din celelalte trei cazuri de pleurezie purulentă, s'a făcut injecţiuni modificatoare cu sublimat corosiv, câte 1 ctc. în pleura din o soluţie 1/1000. Ca stare generală şi ca simptome ascultative bolnavi foarte mult în bine schimbaţi, ei au părăsit serviciul.

Un caz de comoţie cerebrală în urma unei căderi de pe cal. S'a făcut o puncţie lombară exploratrice pentru a se confirma bănuiala ce era de o fractură a bazei craniului. (Acest caz va forma obiectul unei expuneri a parte făcută de Medicul ajutor Doctor Gomoiu). Rezultatul a fost negativ, lichidul scurs (vr'o 20 ctm. c.), nu era sanguinolent. Nu a fost examinat la microscop.

Tratament: ventuze cu sânge la baza cefei (s'a extras 300 gr.), fricţiuni, sinapisme şi la interior tonice.

In timpul convalescenţei s'a observat uşoare fenomene hemiplegice din partea dreaptă. Pacientul a părăsit spitalul fiind comlect restabilit.

Un caz de flebită a coapsei şi gambei drepte, în urma febrei tifoide.

Tratamentul: Iodur de k. la interior şi imobilizare.

Trei-spre-zece bolnavi propuşi pentru reformă

3 Ganglioni cervicali tbc. supuraţi,
4 „ „ „ nesupuraţi.
1 Hernie inguinală recidivată.

1 Fractură a coapsei cu amputaţia consecutivă.
1 Abces rece cu osteo-periostita tibiei.
1 Flegmon profund al regiunei pulmonare drepte.
1 Spina-Ventoza a degetului mare de la piciorul drept.
1 Hidartroza genunchiului drept.

Trei-zeci şi cinci de intervenţii chirurgicale

Anestezie locală cu cocaină	Extirpare gangl. inguinali Rezecţie costală. Pleurotomie Flegmon al degetului mijlociu drept.	
Anestezie cu cloroform .	Reducerea luxaţiei Scapulo-Humerale drepte — Kocher — Rezecţia costală. Pleurotomie. Hernie inguinală.	
Rachiostovainizare . . .	20 Hernii inguinale 5 Varicocele 2 Hidrocele	1 Varice 1 Condiloame anale şi fisuri

In cursul acestei luni nu a fost nici un deces.

III

Serviciul boalelor venerice

In serviciul boalelor venerice s'au dat îngrijiri medicale la 331 bolnavi. In cazurile de uretrită blenoragică, cari au fost în număr de 93, s'a făcut următorul tratament: In cazurile întovărăşite de inflamaţia (aproape constantă) a prostatei, spălăturile uretro-vezicale cu oxicianur de mercur $^1/_{3000}$, au fost făcute concomitent cu masajul acestei glande; în cazurile cari prezintau şi adenite peri-uretrale, spălăturile uretro-vezicale erau urmate de masajul acestor adenite, făcut pe o sondă cilindro-conică bougie; iar în cazurile de uretrită blenoragică cu stricturi largi, după ce se dezinfecta uretra bine, din trei în trei zile se făcea dilataţia acestor stricturi, iar în urmă se lăsa câte-va picături de nitrat de argint pe uretră.

In două cazuri de stricturi filiforme ale uretrei, s'a făcut uretrotomie internă, fără anestezie. In decursul acestei luni, bolnavii au fost dilataţi cu sonde Béniquet, până la No. 50.

S'a mai intervenit încă în 13 cazuri de *adenite inguinale supurate, fimoze* şi *para-fimoze*, întrebuinţându-se ca anestezie: stovaină intra-rachidian şi local, cocaina local şi clorurul de etil.

IV

Serviciul oculistic

In cursul lunei Maiu, au fost trataţi în acest serviciu 109 bolnavi, dintre cari: 55 au eşit vindecaţi, 7 evacuaţi pentru afecţiuni survenite, 3 concediaţi rămaşi debili în urma afecţiunilor suferite, 17 reformaţi pentru diferite afecţiuni rebele tratamentului şi incompatibile cu serviciul militar, 28 au rămas încă în tratament.

Afecţiunile mai frecuente au fost otitele medii supurate cu leziuni ale stâncei cari au necesitat reforma.

Doi bolnavi cu pete pe cornee: unul cu astigmatism şi altul cu pan-oftalmită, ambii reformaţi.

Cinci cazuri de keratite ulceroase de natură constituţională, a căror mers spre vindecare se face foarte încet din cauza slăbirei organice. Conjunctivite catarale cu 2 cazuri datorite exerciţiilor în praf, cedă după 4—5 zile de tratament. Două cazuri de kerato-irită şi unul de irită, afecţiuni grave continuă tratamentul în serviciu.

V

Divizia Mixtă

Bolnavii trataţi în Divizia Mixtă aparţin tuturor categoriilor. Ast-fel, în această lună au fost 23 suferinzi de boale interne, 55 de boale chirurgicale şi 16 de boale venerice. Suferinzii de boale interne şi sifilitice vin din Inchisoarea Militară şi din închisorile diferitelor corpuri de trupă.

O afecţiune întâlnită des în această lună este *inflamaţia cronică a ganglionilor, mai ales a celor cervicali.*

S'au tratat 18 cazuri, din cari 3 localizate în regiunea inguinală, 1 în regiunea crurală, restul în regiunea cervicală; 4 intrase în serviciu pentru alte boale.

Inflamaţia o credem în toate cazurile de natură specifică, din cauză că la nici unul din bolnavi nu s'a constatat o poartă de intrare a unei infecţiuni de altă natură; mersul cronic anterior al maladiei şi evoluţia ulterioară a boalei, care în 4 cazuri s'a complicat de leziuni pulmonare tuberculoase; iar într'un caz de ascită de aceeaşi natură.

Cauzele mulţimei cazurilor de acest fel, în afară de o predispoziţie ereditară sau cel puţin anterioară încorporărei, sunt propri serviciului militar şi anume; schimbarea mediului sănătos de la ţară, alimentaţia insuficientă comparativ cu munca cerută; iar pentru cele cervicale în special se poate învinui gulerul drept şi strâmt al uniformei, care împiedică circulaţia venoasă şi limfatică a gâtului.

Intrarea bacililor tuberculozei prin pielea regiunei cervicale pentru a provoca aceste inflamaţii ganglionare, nu este demonstrată de loc; provenienţa microbilor din efecte contaminate, căutată prin experienţe pe animale de către dr. Constantinescu nu prezintă încă experienţe convingătoare.

Aerul spitalicesc este cu totul vătămător bolnavilor cu aceste boale; le grăbeşte evoluţia spre supuraţie sau spre complicaţiile amintite.

Tratamentul în serviciu a constat în injecţii zilnice cu câte 0.05 ctgr. de cacodilat de sodă; rezultatele obţinute sunt nule, neobservând în nici un caz o ameliorare cel puţin uşoară.

Intervenţia chirurgicală este nu numai fără folos, dar chiar vătămatoare. Ast-fel la soldatul Pavel Ion din Pulberăria Dudeşti, intrat în spital cu doi mici ganglioni cervicali stângi, în urma extracţiunei ganglionilor s'a produs o induraţie a întregei regiuni cervico-laterale stângi. Boala a evoluat repede, supurând local şi complicându-se de ascită. Singură aeroterapia, întrebuinţată metodic ar putea da rezultate dorite; pentru obţinerea lor ar trebui create în armată case de convalescenţă sau sanatorii militare. Armata este datoare a face acest sacrificiu pentru oamenii îmbolnăviţi în timpul serviciului militar. Cazurile chirurgicale tratate în serviciu sunt banale: adenite, diferite abcese şi flegmoane. Mai important am avut un caz de fractura ramurei drepte a maxilarului inferior tratat prin o şină de cauciuc întărit sprijinită pe dinţii şi gingiile corespunzătoare, şi un caz de mastoidită dreaptă supurată în care s'a intervenit găsindu-se puroi imediat sub tabla osoasă externă. Anestezia s'a obţinut prin procedeul Profesorului Toma Ionescu, injectându-se în canalul rachidian în regiunea dorsală superioară un centimetru cub dintr'un amestec de 1 mmgr. stricnină sulfurică şi 0,03 ctgr. de stovaină. Anestezia a fost perfectă şi durabilă. Evoluţia boalei după operaţie a fost spre vindecare; bolnavul a eşit concediat.

VI

Divizia boalelor contagioase

In divizia boalelor contagioase s'au tratat 44 bolnavi.

Numărul cel mai mare a fost dat de tuberculoza pulmonară, cu 23 cazuri. Dintre aceştia: 5 cu *induraţia ambelor vârfuri*, au fost recomandaţi medicului corpului pentru concediu medical îndelungat; 14 au tuberculoză pulmonară, cărora li s'au găsit la examenul bacteriologic al sputei, prezenţa bacilului Koch, au fost reformaţi.

Erizipelul cu un număr de 8 cazuri, toţi vindecaţi. Intr'unul din cazuri placa erizipelatoasă ocupă ambele fese şi regiunea dorsală a ambelor membre inferioare; erizipelul era consecutiv unui flegmon gangrenos al fessei drepte.

Două cazuri de rugeolă, cu mers clasic, fără nici o complicaţie.

Un caz de varicellă şi 5 de oreillon cu evoluţie normală.

Foarte important un caz de *meningită cerebro-spinală*, (caz care va face obiectul unei comunicări ulterioare) cu lipsă complectă de reacţie leucocitară în lichidul cefalo-rachidian, cantitate enormă de meningococi, contrastând cu o evoluţie benignă a boalei. Lichidul cefalo-rachidian perfect limpede. Reacţia leucocitară n'a apărut nici chiar în urma injecţiunii intra-rachidiene de ser anti-meningococic.

Procentul morţilor de 85°/₀, a fost dată în cea mai mare parte de „*tuberculoza pulmonară*".

In secţia de bacteriologie a laboratorului s'au executat 89 examene clinice de laborator. Trei probe de apă, trimise de garnizoana Tecuci, dintre cari două s'au găsit impropri, fiind contaminate.

LUNA MEDICALĂ

Fiziologia normală și patologică

F. GUDZENT. — **Der Einfluss von Radium auf die harnsauren Salze.** (acţiunea radiului asupra uraţilor). *D. Med. Wochenschr.* No. 21. 1909. Acidul uric dă cu iodul două săruri; prima α, din momentul formărei se lichefiază, a doua β, e slabă, fiind vorba probabil de două isomere. Autorul în urma cercetărilor stabilite, că în sânge se găseşte numai sarea monosodică a acidului uric; sarea α se formează mai întâi şi e mult mai solubilă ca sarea β, care ar juca un rol capital, după autor în gută. Graţie aplicărilor convenabile de radiu, autorul pretinde că a reuşit să transforme sarea β de două ori mai puţin solubilă, în sarea α, iar prezenta lucrare 'i serveşte ca notă de prioritate. DR. B.

SABRAZÈS et MURATET. — **Le sérum lactescent du chat normal nouveau né et allaité.** *(Gaz. Hébd. des Sc. méd. de Bordeaux,* 28 Iunie 1908). Un studiu asupra lactescenţei serului.

Se pare că serul pisicei nou-născute și alăptate este în mod constant foarte lactescent. Dacă în adevăr se examinează între lamă şi lamelă serul acestui animal se constată un număr mare de granule cu mişcări browniene foarte vii.

Aceste granule cari dau opalescenţa serului sunt dizolvate de dizolvanţii grăsimilor (lichidul lui Adam, eter). Dacă 'se tratează 'serul după procedeul lui Gilbert şi Jornier (amestec în părţi egale de ser şi eter, centrifugare, decentare, conservarea stratului intermediar gelatinos, emulsia în apă a acestui strat, adăogăm de trei ori volumul său, sol. acid osmiu 1%, centrifugare), se constată la microscop că granulaţiile s'au colorat în negru, ceea-ce arată natura grăsoasă a acestor particule.

După autori această stare este în legătură cu alăptarea. In adevăr serul nu mai este opalescent la acelaş fel de animale nealăptate. DANIELOPOLU

Ginecologie și obstetrică

BOSTIAN. — **A propos d'un caz d'utérus didelphe à forme atypique, dont le gauche gravide, fut pris pour une grossese extra-uterine. Hystéréctomie unilatérale. Guérison.** (*Rev. med. de la Suisse Romande.* No. 1, janvier 1909).

PAUL ZACHARIAS (Erlangen). — **Kasuistischer Beitrag zur ovarialresection n. Menge.** *(erste Gravidität nach Anwendung des Verfahrens) Zentr. f. Gyn.* No 10, 1909. Z. se ocupă de metoda de rezecţiune a ovarului după Menge, care consistă în aceia, că în cazuri de tumori ovariale, bilaterale, să se păstreze o porţiune din tumoarea ovarială chiar *dacă ţăsătura ovariană nu mai poate fi recunoscută cu ochiul liber.*

Operaţiunea e aplicabilă, se înţelege de la sine, numai în cazuri de tumori benigne şi atunci când păstrarea funcţiunei ovariale este de dorit, prin urmare la femeile tinere încă. Autorul dă 4 cazuri de tumori benigne ale ovarului în care a făcut rezecţiunea ovarului după Menge. La trei din ele menstruele au persistat, iar într'un caz a fost şi un avort de 2 luni.

In al 4-lea caz unde era vorba de chiste ovariale duble, a făcut la un singur ovar rezecţia ovarului după Menge, de oare-ce la celalt ovar văzuse nişte excrescenţe papilare suspecte.

Femeia aceasta n'a mai avut menstruele nici odată.

Cu tot nesuccesul în acest din urmă caz, autorul spune că nu se va da îndărăt de a întrebuinţa procedeul, de câte ori i se va părea aplicabil.

DR. MARTA RAINER

OSCAR PIERING (Prag). — **Zur technik der Laminar dilatation.** (*Zentr. f. Gynäkologie* No. 12, 1909). Cele 2 mari dezavantagii a dilatărei cu laminari sunt: alunecarea bastonaşului în cavitate şi încarcerarea sa prin umflarea porţiunei aşezate deasupra orificiului intern. Primului inconvenient i se poate opune întrebuinţarea de laminarie mai groasă şi anume de grosimea penultimei tije Hégar cu care s'a început dilatarea. Autorul insistă asupra inconvenientelor de a întrebuinţa laminaria în dilatările uterului gravid care a trecut de primele săptămâni.

In ce priveşte încarcerarea tijelor de laminarie, Stolz a propus să se întrebuinţeze în locul unei laminarii groase, 2 laminarii mai subţiri ast-fel ca ele să se umfle numai pe lături.

Iar Piering propune ca să se întrebuinţeze tije scurte de laminaria, care să nu treacă de orificiul intern de cât cu $^1/_2$ cm. după histerometrie prealabilă.

DR. MARTA RAINER

LOVIEN et OUI. — **Infection puerperale prolongée. Infection à tétragènes.** *Annales de Gynécologie,* mars 1909. Femeie de 24 de ani, primipară. Facerea isprăvită printr'o aplicaţiune de forceps. Două circulare în jurul gâtului copilului. Hemoragie mare. Extracţia placentei.

Resturi de membrane aderente sunt lăsate în uter.

După 6 zile, temperatura se ridică. Se fac injecţii intra-uterine. Injecţii cu electrargol, temperatura se menţine aproape de 40° timp de 5 zile. In acest moment bolnava e văzută de L. şi O. care fac un curetaj a cavităţii uterine şi 2 doze de ser antistreptococic. După a 2-a injecţiune de ser temperatura rămâne normală timp de 5 zile, în urmă temperatura din nou ajunge la 39°. Nimic din partea uterului şi a anexelor. Urinele puruleute, spălături vezicale. După vre-o 5 zile temperatura scade din nou la 37°6. Apoi iar se ridică la 40°, rămânând persistentă vre-o 6 zile. In acelaş timp artralgii generalizate la toate articulaţiele, fără urmă de împăstare, sau roşaţă.

PAUL ZACHARIAS (Erlangen). — **Kasuistischer Beitrag zur ovarialresection n. Menge.** *(erste Gravidität nach Anwendung des Verfahrens) Zentr. f. Gyn.* No 10, 1909. Z. se ocupă de metoda de rezecţiune a ovarului după Menge, care consistă în aceia, că în cazuri de tumori ovariale, bilaterale, să se păstreze o porţiune din tumoarea ovarială chiar *dacă ţăsătura ovariană nu mai poate fi recunoscută cu ochiul liber.*

Operaţiunea e aplicabilă, se înţelege de la sine, numai în cazuri de tumori benigne şi atunci când păstrarea funcţiunei ovariale este de dorit, prin urmare la femeile tinere încă. Autorul dă 4 cazuri de tumori benigne ale ovarului în care a făcut rezecţiunea ovarului după Menge. La trei din ele menstruele au persistat, iar într'un caz a fost şi un avort de 2 luni.

In al 4-lea caz unde era vorba de chiste ovariale duble, a făcut la un singur ovar rezecţia ovarului după Menge, de oare-ce la celalt ovar văzuse nişte excrescenţe papilare suspecte.

Femeia aceasta n'a mai avut menstruele nici odată.

Cu tot nesuccesul în acest din urmă caz, autorul spune că nu se va da îndărăt de a întrebuinţa procedeul, de câte ori i se va părea aplicabil.

DR. MARTA RAINER

OSCAR PIERING (Prag). — **Zur technik der Laminar dilatation.** *(Zentr. f. Gynäkologie* No. 12, 1909). Cele 2 mari dezavantagii a dilatărei cu laminari sunt: alunecarea bastonaşului în cavitate şi încarcerarea sa prin umflarea porţiunei aşezate deasupra orificiului intern. Primului inconvenient i se poate opune întrebuinţarea de laminarie mai groasă şi anume de grosimea penultimei tije Hégar cu care s'a început dilatarea. Autorul insistă asupra inconvenientelor de a întrebuinţa laminaria în dilatările uterului gravid care a trecut de primele săptămâni.

In ce priveşte încarcerarea tijelor de laminarie, Stolz a propus să se întrebuinţeze în locul unei laminarii groase, 2 laminarii mai subţiri ast-fel ca ele să se umfle numai pe lături.

Iar Piering propune ca să se întrebuinţeze tije scurte de laminaria, care să nu treacă de orificiul intern de cât cu $^1/_2$ cm. după histerometrie prealabilă.

DR. MARTA RAINER

LOVIEN et OUI. — **Infection puerperale prolongée. Infection à tétragènes.** *Annales de Gynécologie,* mars 1909. Femeie de 24 de ani, primipară. Facerea isprăvită printr'o aplicaţiune de forceps. Două circulare în jurul gâtului copilului. Hemoragie mare. Extracţia placentei.

Resturi de membrane aderente sunt lăsate în uter.

După 6 zile, temperatura se ridică. Se fac injecţii intra-uterine. Injecţii cu electrargol, temperatura se menţine aproape de 40° timp de 5 zile. In acest moment bolnava e văzută de L. şi O. care fac un curetaj a cavităţii uterine şi 2 doze de ser antistreptococic. După a 2-a injecţiune de ser temperatura rămâne normală timp de 5 zile, în urmă temperatura din nou ajunge la 39°. Nimic din partea uterului şi a anexelor. Urinele puruleute, spălături vezicale. După vre-o 5 zile temperatura scade din nou la 37°6. Apoi iar se ridică la 40°, rămânând persistentă vre-o 6 zile. In acelaş timp artralgii generalizate la toate articulaţiele, fără urmă de împăstare, sau roşaţă.

Examenul bacteriologic al sângelui, arată tetragen pur în cultură. Din nou injecţiuni de electrargol (5 ctgr.). Temperatura scade puţin vre-o trei zile. Apoi iar se ridică la 39° şi 40°. Temperatura menţinându-se cu toate injecţiunele de electrargol, i se provoacă un abces de fixaţiune prin injecţiune de 9 cm. c. de esenţă de terebentină. După 10 zile temperatura nu s'a mai ridicat peste 37°, iar peste alte patru zile abcesul e deschis. Puroiul e steril. Bolnava s'a sculat din pat după 55 de zile.

Autorul atribue abcesului de fixaţie rolul de vindecator, mai atrage atenţiunea asupra artralgielor multiple, care sunt simptome frecvente în infecţiile cu tetragen.

DR. MARTA RAINER

G. FIEUX. — **Fibromes du segment inférieur. Deux observations d'opération césarienne.** (*Annales de Gynécologie*, mars 1909). Fieux relatează cazurile a 2 femei, una de 39 ani şi alta de 30 de ani, primipare, fără antecedente patologice, şi la care se constată fibroame de mărimea unui cap de fet, care producea distocie. Autorul face în ambele cazuri *cezariana conservatrice* cu enuclearea fibromului distocic. Primul caz a fost urmat de vindecare. In al 2-lea caz moartea survine a 4-a zi, nu ni se spune nimic însă de necropsie.

In Franţa acest soi de intervenţiune a fost practicat o singură dată de Montprofit, în Germania de opt ori, cu 7 vindecări. In ori-ce caz, prognosticul în cezariane pentru distocie fibroasă este mult mai grav (16%) de cât în cezariana pentru viciaţiuni pelviane (5—6%).

DR. MARTA RAINER

R. LABUSQUIÈRE. — **Streptocoques et hémolyse** (en obstétrique). **Revue générale d'après Sigwart, Ludke et Polano.** (*Annales de Gynécologie*, mars 1909. L. trece în revistă lucrările lui Sigwart (*Arch. f. Gyn.* p. 469 1909). şi lucrarea lui Ludke şi Polano. (*Münch. med. Woch.* jan. 1909) din care reese că, fenomenul de hemoliză pe plăcile de hemo-agar a lui Schottänder, nu dă nici o indicaţiune relativă la virulenţa sau avirulenţa streptococilor Prin urmare nu e de nici un ajutor nici din punct de vedere diagnostic, nici din punct de vedere prognostic al febrei puerperale.

DR. MARTA RAINER.

V. WALLICH. — **Sur le traitement des vomissements incoércibles.** (*Annales de Gynécologie*, avril 1909. Patru noi observaţiuni comunicate de autor confirmă în totul cele susţinute de Pinard la congresul din Roma în 1902, relativ la tratamentul vărsăturilor incoercibile.

Din punct de vedere al regimului se va încerca mai întâi laptele în doze fracţionate, apoi dieta hidrică. Une-ori aceasta din urmă e bine suportată şi revenirea la regimul lactat pe încetul e posibilă.

In caz că dieta hidrică nu este suportată, se prescrie dieta absolută pentru 24, cel mult 48 de ore, şi apoi se redă apă. In cursul atât a dietei absolute cât şi a dietei hidrice, trebue să luptăm în potriva dezhidrataţiunei şi a anuriei, făcând lavemente de ser (300—500 grame) precedate de un lavement evacuator.

Injecţiunele sub-cutanate de doze importante de ser, trebue făcute cu prudenţă, din cauza acţiunei lor asupra tensiunei sanghine şi a parenhimului renal.

Se poate încerca în acelaş timp *regimul vegetarian.*

Fenomenele grave datorite vărsăturilor incoercibile dispar une-ori sub influenţa regimului. Alte dăţi suntem nevoiţi să întrebuinţăm şi tratament medical (clisme cu cloral, inhalaţii cu oxigen după Pinard, electricitate).

In fine măsura salvatoare în cazurile grave este întreruperea sarcinei. Părerea lui Pinard în această privinţă, formulată la congresul de la Roma e următoarea: *sarcina trebue întreruptă de îndată ce accelerarea pulsului este ast-fel, în cât numărul pulsaţiilor pe minut se ridică la mai mult de 100, chiar dacă obţinem cu ajutorul regimului, o augmentare a cantităţii de urină.*

H. VIOLET et A. CHALIER. — **L'ouverture spontanée dans la vessie des pyosalpinx tuberculeux.** *(Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale* No. 1, 1909. Autorul dă 3 observaţiuni de piosalpinx tuberculos deschis în vezică. Această deschidere s'a făcut încetul cu încetul, şi s'a tradus numai prin prezenţa puroiului în urină. Nici una din aceste bolnave nu a putut preciza data rupturei, care să fi coincidat cu o senzatie de uşurare. Presiunea, exercitată pe tumoarea abdominală, făcea să iească o cantitate de puroi prin sondă din băşică. Cistoscopia care putea fi de mare folos n'a fost făcută. *Nici un fenomen de cistită n'a fost observat, concomitant cu pyuria.*

Singurul tratament este histerectomia abdominală totală cu drenaj vaginal şi închiderea complectă a peretelui. In caz când perforaţiunea vezicei e mică, cel mai bun lucru este de a o neglija şi a o exclude lăsând-o sub peritonializare. Toate trei bolnavele sunt acuma bine, după 3 ani $^1/_2$, 2 ani $^1/_2$ şi un an.

DR. MARTA RAINER

M. COHN. — **La grossesse dans la corne accessoire, rudimentaire ou atrésique de l'utérus bicorne unicervicale.** *(Revue de Gynécologie et chirurgie abdominale.* No. 1, 1909. C. referindu-se la un caz observat la Maternitatea din Bucureşti, face o revistă generală a chestiunei cu date bibliografice bogate. Autorul insistă cu multe amănunte, asupra greutăţei diagnosticului diferenţial, nu numai clinic, ci chiar anatomic, mai ales cu sarcina interstiţială. DR MARTA RAINER

PILLET (Rouen). — **Fibrome à pédicule tordu avec appendice adhérent simulant une appendicite pelvienne. Ablation de l'utérus et de l'appendice. Guerison.** *Annales de Gynécologie,* avril 1909. O domnişoară de 35 de ani, este apucată brusc de o durere în groapa iliacă dreaptă. Apărare musculară. Puls frecvent. Temperature 37°. Starea aceasta se prelungeşte câte-va zile. Se diagnostichiază o apendicită. După 6 săptămâni bolnava e revăzută: prin tactul rectal se constată un corp uterin puţin îngroşat, având la dreapta o tumoare cât o portocală, făcând corp cu împastarea iliacă. După o lună tumoarea nefiind diminuată, se face o laparotomie laterală şi se constată un fibrom de mărimea pumnului, aderent la apendice şi la cavitatea pelviană. Hysterectomie subtotală. Apendicectomie. Cazurile de torsiune a fibroamelor sunt relativ rare. In cazul de faţă diagnosticul iera şi mai greu de făcut din cauza aderenţei apendicelui.

DR. MARTA RAINER.

H. FERRÉ (Pau). — **Trois accouchements normaux. Quatrième grossesse: spondylolisthésis, basiothripsie. Arrêt du spondylolisthésis. Cinquième gros-**

sespe: opération césarienne, mère et enfant vivant. *Annales de Gynécologie*, avril 1909. Autorul atrage mai întâi atenţiunea că acest caz e al 4-lea publicat în Franţa, în ultimii 18 ani.

Femeie de 39 ani, a avut trei faceri normale şi un avort; acum e însărcinată, a fost cuprinsă de 2 ani de slăbiciune şi dureri generale vagi. De câte-va luni are o greutate mare în mers şi e nevoită să stea în pat.

Basinul nu prezintă nici o deformaţiune însemnată, cu toate acestea, deprimând tare perineul, atingem corpul celei de a 5-a lombară, la 11 c. m. de la unghiul sub-pubian. Facerea nu se poate termina de cât printr'o baziotripsie, de oare-ce corpul celei de a 5-a vertebră lombară întrece promontoriul şi astupă intrarea escavaţiei. Urmările facerii sunt normale. Nu a fost nevoită să stea culcată. Acum e din nou însărcinată în 5 luni. La nivelul promontoriului se simte o proeminentă neregulată de consistentă osoasă aşezată între baza sacrului şi a 5-a vertebră lombară. Abdomenul „en besace", ultimele coaste apropiate de crestele iliace, toracele scoborât către basin, crestele iliace sunt răsturnate în afară, trohanterii intraţi. Diametrul biiliac întrece pe cel bitrohanterian cu 2 c. m. Baza sacrului e proeminentă îndărăt, vârful înfundat în brăzdătura interfesieră. Distanţa calusului la unghiul sub-pubian e de 85 milim. Sarcina continuă şi la începutul travaliului se face cezariana. Mersul post-operator normal. In acelaş timp se face şi ablaţiunea ambelor ovare.

După operaţie, bolnava se simte bine ca stare generală încât alăptează copilul, care se dezvoltă normal.

DR. MARTA RAINER.

A. COUVELAIRE. — **Incarceration pelvienne de l'uterus gravide rétrofléchi avec abaissement du col.** *Annales de Gynécologie*, mars 1909. E vorba de un caz de retenţiune de urină datorit unui uter gravid în trei luni, scoborât, retroflectat şi fixat în pelvis, observat la o femeie de 28 ani, terţipară, cu faceri normale. La această femeie a căutat să facă o reducere prin vagin, nu reuşeşte însă. Atunci intră cu 2 degete în rect şi face o presiune continuă pe fundul uterului. Uterul începe să se mobilizeze, mobilizare complectată pe urmă şi de presiunea prin vagin.

După reducere, se simte prin palpaţiune uterul la 2 laturi de deget sub ombilic. Colul a rămas puţin ridicat, şi-a reluat aproape locul său obişnuit.

Două ore după reducere, a putut urina singură. In urmă totul s'a petrecut normal.

DR. MARTA RAINER.

Microbiologie

F. F. ATKINS. — **Spontaneus agglutination of horee arythrocites suspendet in tranium chloride solution.** (Aglutinare spontanee a globulilor roşii de cal într'o soluţie de clorur de sodiu). *(Zeitsch. f. Immunist. Forsch 10 rig. t. I,* 10 febr. 1909 p. 387 d. *bulet. Inst. Past.* Nu. 10/1909) In timpul spălărei globulilor roşii se observă dese-ori după a doua spălătură cu ser fiziologic 9 ‰, o aglutinare intensă a globulilor roşii din cauză că globilii, lipsiţi de ser cu cari erau imbibaţi îşi pierd echilibrul osmotic şi se coleză. Pentru a restabili acest echilibru se va adăuga puţin bulion, peptonă, oxalat de potasiu şi mai ales citrat de potasiu 0.2 dintr'o soluţie 1 %.

M. CIUCĂ.

CALMETTE et GUÉRIN. — **Sur l'évacuation de bacilles tuberculeux par la bile dans l'intestin chez les animaux porteurs de lésions latentes ou occultes.**

(R. Acad. Scien CXLVIII p. 601, 8 Mars 1909 d. bulet. Inst. Pasteur 1—9 1909. C. şi F. cred că bacilii tuberculoşi la animalele cu tuberculoze închise trec în intestin şi materiile fecale prin bilă. In adevăr, la epuri tuberculizaţi după 5 sau 6 zile centrifugând bila şi inoculând depozitul să capătă în mod constant tuberculoză. Bila încă modifică criza bacililor, uşurând absorbţia prin mucoasa intestinului. Concluzia a nu pune băligar pe livezi şi locuri de păşunat de cât de la animale cari nu se reacţinează la tuberculină. M. CIUCĂ

CHARLES CLINTACK et WAETHER KING. — **The oral administration of antitoxins.** *(Journ. of. inf. dis.* 18 Fév. 1909, p. 76, *d. bulet. Inst. Past.* No. 10 1909). Chestiune destul de veche; în general să ştie că toxinele şi antitoxinele nu sunt absorbite de cât după neutralizarea sucului gastric cu o soluţie de bicarbonat de sodiu şi administrând încă odată cu antitoxina opiu şi salol dizolvat în cloroform. Indivizii, la cari li s'a administrat în felul acesta n'au avut niciodată fenomene de anafilaxie. M. C.

PROF. CRAVCOV. — **Despre toxina cholerică.** (*Russkii Vratsch,* No. 18). Autorul face istoricul chestiunei începând cu 1884, când Koch, la prima conferinţă asupra cholerei, a definit ac. boală ca intoxicaţie cu toxina specifică *elaborată* de vibrionul descoperit de dânsul, trece la încercările nereuşite a d-lor Nicati, Rietsch, Van Ermengen, apoi la acele a lui Brieger, care a extras în stare pură ptomainile cholerei: putrescina, cadaverina, cholina, methylguanidina şi câteva altele asemănătoare. Autorul aminteşte toate încercările de a găsi toxalbumina specifica: acele a lui Brieger şi Fränkel, acele a lui Petri. (toxopepton) acele a lui Scholl şi Hueppe, ajungând la concluzia că au dat rezultate nehotărâte şi contradictorii, din cauză că otrăvurile elaborate, nici din punct de vedere chimic, nici dintr'acel toxicologic, nu s'au prezentat ca specifice. Nereuşita încercărilor de a găsi toxina elaborată, în medii după îndepărtarea vibrionilor, a determinat încercările de a o găsi în subtanţele care constitue însuşi corpul lor. Autorul se opreşte în mod amănunţit asupra lucrărilor lui N. Gamaleia, după cercetările căruia toxina cholerică face parte din corpul vibrionului, contrariu cu toxinele diphterică şi tetanică care fiind elaborate de microbii respectivi pătrund în mediul înconjurator. Lucrările lui Ransom (extragerea din mediul liberat de vibrioni a unei toxine solubile cu calităţi specifice şi cu posibilitate de a obţine prin injecţii repetate la animale un serum antitoxic) autorul crede că nu sunt susceptibile de o judecată şi critică serioasă din cauza că Ransom nu a arătat metoda, după care a obţinut toxina, iar Pfeiffer a contestat chiar specificitatea toxinei Ransom. Autorul analizează lucrările lui Mecinicof, Roux şi Salimbeni cari pe deoparte introduseră în peritoneul cobailor saci mici de collodiu plini cu cultură de cholera, au obţinut moartea lor cu fenomene choleriforme, provocate de toxina difuzată prin păreţii sacilor, iar pe de alta injectând 0,25 până la 1 c. c. din filtratul culturelor de 24 ore din sacii de collodiu foşti în peritoneul cobailor, au obţinut moartea cobailor de 300 gr. în 24 ore, şi au căpătat antitoxina a cărei acţiune s'a dovedit pe epuri tineri injectaţi cu choleră. Autorul aminteşte criticele lui Kraus şi Pribram, cari susţineau că adevăratul vibrion choleric nu elaborează toxină solubilă (hemolizina), pe când alţi vibrioni, ca El-Tor, Nasik, elaborează şi credeau că toxina solubilă obţinută de Mecinicof, Roux, Salimbeni ne fiind arătat dacă ei au verificat bine vibrionul lor, ar proveni de la alţi vibrioni. Autorul citează lucrările ulterioare a lui Kraus, Brau şi Denier prin care ei recunosc că şi adevăraţii vibrioni chol. dau toxină solubilă, cu care se poate obţine antitoxină, şi ultima lucrare a lui Salimbeni, care a obţinut toxina cu o putere de a omorî cobay de 200 până la 250 gr., injectând intraperitoneal o doză de 1 cm. cub. Rezumând cele de mai sus, autorul conchide că cunoştinţele noastre asupra naturei chimice a toxinei cholerice precum şi asupra condiţiilor formării ei — sunt foarte contradictorii şi necomplecte: unii autori ca Behring Ransom şi majoritatea din şcoala franceză admit că vibrionul cholerei dă o toxină solubilă caracteristică, iar alţii ca Pfeiffer, Gamaleia şi alţii neagă aceasta, şi recunosc că toxina cholerică formează parte integrantă din corpul vibrionului şi nu se elimină de cât când corpurile microbilor se distrug. Din acest punct de vedere otrava cholerică trebue socotită ca endotoxina. Toxina primă, fiartă, sau încălzită mult timp la $60^0/_0$ sau tratată cu alcool forte, etc., s'ar modifica dând o toxină mai slabă secundară. Autorul aminteşte că la 1901 a propus un procedeu pentru analiza chimică a microbilor, prin care a reuşit să arăte compoziţia învelişurilor lor (chitozamina Ivanov) şi a substanţelor nucleare a corpurilor lor. Nucleoproteidele căpătate de autor din bacterii au calităţi pyrogene pronunţate şi seamănă din ac. punct de vedere cu proteinele bacteriene a lui Buchner. Pe lângă aceasta au acţiune paralizantă asupra sistemului nervos central. Pe când nucleoproteidele căpătate, după aceiaş metodă din diferite organe animale, n'au această acţiune toxică. Dacă pe lângă acest caracter ele au şi acţiunea lor specifică asupra animalelor autorul n'a putut hotărâ pe baza lucrărilor sale. In lucrarea de faţă îşi propune să extragă după procedeul său nucleoproteidele din vibrionul choleric şi să studieze acţiunea ei asupra organizmelor comparativ cu nucleoproteidele altor microbi. S'a servit de cultura vibrionului cholerei din ultima epidemie rusească; ca mediu de cultură a avut bulion peptona (după Kraus); se turna 5—8 litri bulion în baloane câte 500 gr. în fiecare. După însemințare se puneau în termostat la 37°—38° C. După creşterea de pelicule pe suprafaţă, baloanele din timp în timp se agitau ca să se aşeze şi să să se formeze noi felicule. Pentru experienţe lua culturi de 7, 12, 20 zile. Cultura se trata la t° obicinuită cu soluţie concentrată de acetat acid de cupru şi cu soluţie slabă ($^1/_4$—$^1/_2$ $^0/_0$) sodă caustică. Se toarnă puţină soluţie acetat de cupru, şi se agită liquidul, apoi se toarnă soluţia sodă caustică şi se agită. Tot adaogând reactive şi tot agitând se căpăta un precipitat, deasupra căruia pluteşte o soluţie transparentă, care cu cât stă mai mult cu atât devine mai violeta (reacţia de biuret). Precip. e format din oxyd de cupru hidrad. şi combinaţii cu cupru a albuminelor din bulion şi din diferitele părţi componente a microbilor ca albuminoide, carbure, chitin etc. Hydr. ox. cupru favorizează şi în mod mecanic precipitarea microbilor. A doua zi soluţia cu reacţia de biuret se ea de pe precipitat iar acesta se tratează din nou cu alcali. şi soluţia violetă ce se capătă se adună; acest lucru se repetă până când liquidul de deasupra devine incolor. Această lipsă a reacţiei de biuret, dovedeşte că s'au ridicat cu totul substanţele albuminoide. Liquidele cu reacţia biuret se adună se filtrează, şi filtratele se tratează cu soluţie slabă de acid acetic; se căpăta un precipitat ca fulgii, liquidul de pe precipitat se depărtează şi se înlocueşte cu apa destilată uşor acidif. cu ac. acetic, se spală apoi precipit cu apă destilată, se dizolvă din nou în soluţia alcalină, se filtrează, filtratul se mai tratează cu soluţia ac. acet. spălat cu apă distilată se tratează cu alcool slab la început, concentrat apoi, se refiltrează şi pe filtru, se mai spală cu alcool concentrat apoi eter. Se ia de pe filtru se pune în mojar şi se freacă, după evaporarea eterului filtratul frecat, se transformă într'un praf gălbui. Din 8 litri de culturi de 20 zile, se obţine ca 2 grame de ac. substanţa. Ca compoziţie chimică seamănă cu albuminoidele obţinute, după aceiaşi metodă din alţi microbi şi e o nucleoproteidă, insolubilă în apă, în soluţii saline, şi în acide slabe, uşor solubilă în soluţii alcaline şi acide tari; din soluţii alcaline se precipită aciduländ cu acid acet. sau acide minerale; se precipita cu alcool eter. Incălzită cu alcaline tari desface sulful aşa că adaogând în urmă acide se dezvoltă hydrogen sulfurat. Conţine Z. 15,79$^0/_0$ determ. după Dumas şi 2,97$^0/_0$ phosphor sub formă de magnezie pyrophosphorică.

Incercată la animale ac. nucleoproteidă cholerică s'a arătat toxica: pentru epuri, cobay, câini, şoarece şi broaşte. Mai sensibile sunt animalele tinere şi în special cobayi şi epurii.

Doza mortală subcutanată pentru cobay şi epuri este de 0,01—0,02 la 100 grame de animal. Moartea survine după 2—3 şi mai multe ore; la unele animale după câte-va zile.

Cobaii şi epurii injectaţi subcutan după o stare de nelinişte devin apatici şi imobili respiră greu, urechile şi extremităţile se răcesc, devin albastre, temperatura scade şi în câte-va ore de la 39^0 ajunge la 29^0, scoborârea t^0 este precedată de o scurtă urcare. După scăderea t. urmează câte odată o urcare scurtă pentru ca apoi se reînceapă căderea; câte odată după cădere vine urcare sub formă tifică şi animalul se vindecă.

Impreună cu căderea f^0 se ivesc tramurături şi contracţiuni spazmotice, care devin spazmuri clonice.

Fenomenele gastrointestinale survin repede după introducerea toxinei: la început scaunele sunt frequente, dar de consistenţa mai mult sau mai puţin normală, apoi devin liquide. Ac. fenomene se observă când se introduc doze mici, şi mai cu seamă cale intestinală. La doze mortale ac. fen. nu se observă; lucru se explică prin paralizie intestin căci în ac. imprej. intestin sunt pline de liquide, şi amintesc formă de cholera sicca. La câini se observă şi vărsături.

Respiraţia la început frequentă, apoi rară, devine dispneică pentru a se opri în urmă. Animalul moare cu spazmuri clonice şi tonice. Activitatea cordului se continue şi după încetarea respiraţiei.

Cantitatea de urină se micşorează, survine albuminurie şi în sfârşit anurie. Afară de ac. fenomene se observă o slăbire progresivă a animalului în special trenul poster. Rigiditatea cadaverică vine foarte repede 15—20 minute după moarte, e foarte puternică şi fixează animalele în poza pe care au avut'o în momentul morţii, câte odată ca nişte statuete curioase.

Leziunile anatomopatologice la animalele moarte, din cauza nucleo-proteidei cholerică erau cu totul la fel cu acelea de la animalele moarte din cauza culturilor vii de vibrioni cholerici. La locul injecţiei se vede o infiltraţie inflamatorie. Intestinele subţiri sunt pline de un liquid galbeniu mucos, câte odată apos şi tulbure. Mucoasa intestinului subţire e înfiltrată, hyperemiată, pe alocurea sunt hemoragii punctate, plăci Peyer şi foliculii izolaţi de asemenea infitraţii hyperemiaţi şi cu hemoragii. Intestinul gros de cele mai multe ori normal. Rinichii au leziuni parenchimatoase, substanţa corticală adesea cu degenerescenţa grăsoasă. Epiteliu canaliculelor lor granulos adesea cu cavităţi, necrotizat şi căzut. Glomerulele se prezintă adesea ca o masă glanuloasă uneori cu hemoragii. Ficatul este uneori mărit şi cu degenerescenţa grasă. In cazurile prelungite se vede o stare uscată a ţesăturilor. Sângele în unele cazuri se coagulează cu greu.

La broaşte injecţia nucleoproteidei cholerice produce o paralizie a creerului la început, apoi măduvei. La autopsie se găseşte o infiltrare şi hyperemie a mucoasei intestinale.

Autorul conchide spunând că a reuşit să extragă din culturile vibrionului cholerei o substanţă cu compoziţie chimică determinată — o nucleoproteidă, cari introdusă la animale dă loc exact la aceleaşi fenomene cari se observă introducând cultura vie şi analoage cu acele observate la oamenii bolnavi de choleră. Acţiunea ac. nucleoproteide este, specifică în sensul că nucleoproteidele altor microb nu produc aceste fenomene. Cât priveşte specificitatea în sensul lui Pfeiffer adică obţinerea immunităţii şi serului antitoxic chestiunea se va rezolva prin experienţe ulterioare.

Autorul crede că nucleoproteida cholerică obţinută de el face parte din corpul microbului de oare-ce în mediul de cultură nu se găseşte şi deci trebue privită ca endotoxină conformând părerile asupra acestui lucru a lui Pfeiffer şi Gamaleia.

DR. CAZACU.

A. GALAMBOS. — **Ueber den Wert der Farbenreaktion bei Lues.** (valoarea reacţiei lui Schürmann în sifilis). *D. Med. Wochenschr.* No. 22. 1909. Controlând reacţia indicată de Schürmann, găseşte că serul bolnavului nu joacă absolut nici un rol, totul reducându-se la oxidaţie a fenolului, care poate fi înlocuit prin resorcina, pirogalol, prin perhydrol, prin acţiunea catalitică a perclorurului de fier care şi el poate fi înlocuit cu sulfat de cupru; reacţia se produce când mediul e neutru, şi lipseşte când e alcalină sau acidă.

DR. B.

HAENDEL. — **Lucrări asupra Holerei.** (*Buletinul Inst. Pasteur* No. 11/1990 p. 498). Arbeiten von immunisierender Wirkung, Virulenz und Bindungsvermögen bei Cholera-ttämmel. (Despre acţiunea imunizantă, virulenţa şi puterea fixatoare la rasele de vibrioni cholerici. Arb. a. d. Kais. Gesundh. t. XXX, f. 2 p. 363). Pfeifer şi Friedberger în 1902 preconizau că virulenţa unui vibrion e în raport direct cu puterea imunizantă şi puterea fixatoare; parte contrazisă de Meinecke, Joppe, Flemming. Autorul reluând cercetările cu 4 rase de vibrioni între cari şi vibrionul de Prusia ajunge la concluziile acestora din urmă:

V. Prusia deşi nu dă anticorpi, saturează complect cholera-serum; fapt important din punct de vedere practic şi de care ar trebui să se ţină seamă în imunizarea anticholerică la om, căutând să se utilizeze rase de vibrioni, pe cari o experimentare prealabilă i-ar arăta capabili de a provoca în umorile organismului apariţia de anticorpi în cantitate.

HUGUENIN.—**Nachweis von Tuberkelbacillen lm Blute eines Fötus.** (De la présence de bacilles tuberculeux dans le sang de foetus. Centr. f. bact. 10 rig. XLVIII 17 Dec. 1908 p. 394 d. bulet. Inst. Pasteur No. 9/1909). Autorul, prin injectări la cobai, demonstrează prezenţa baccililor tuberculoşi în sângele unui făt, eşit din mamă tuberculoasă. Nici fătul, nici placenta nu aveau leziuni macroscopice de tuberculoză.

M. CIUCĂ

W. N. KLIMENKO. — **Morfologia și biologia bacilului tusei convulsive.** *(Cbl. für Bakt. Bd. L. H_3)*. Studiu complet asupra morfologiei și biologiei bacilului lui Bordet-Gengou.

Caractere :

Imobil. De $1^1/_2$—2 ori mai mare ca Pfeiffer. Unele forme au aspectul de coci, altele mai lungi.

N'are capsulă nici spori.

Nu ține Gram.

Se colorează cu toate cul. de anilină. mai slab însă cu albastru de methylen și de toluidină.

Cu fenoltoluidină iea cul. lilas.

Se colorează bine cu albastru de met. fenicat Kühne și cu albastru de toluidină fenicat.

Se găsește mai ales la începutul boalei.

Se poate izola bine pe agarul preparat cu glycerină, cartof și sânge după metoda lui Bordet-Gengou.

Pe acest mediu are proprietatea de a provoca împrejurul coloniilor o formă de hemoliză.

Se poate transporta în urmă pe toate mediile obicinuite.

Nu produce indol.

Este aerob. dar nu obligativ.

Provoacă tusea convulsivă la căței, pisici tinere, maimuțe.

Este toxic pentru toate animalele de laborator.

Toxina sa pare a fi o endotoxină.

Este aglutinat de serul unui animal imunizat contra acestui microb.

DANIELOPOLU

KRAUS, VISLER, TUKUHARA. — **Ueber Adsorption der fieltrierbaren Virus.** (Despre absorbțiunea virusurilor filtrante). *(Zeitschr. f. Immunitäts for.* t. I, 27 Ian. 1909, p. 307, *d. bulet. Inst. Pasteur*, No. 10, 1909). Autorii fiind convinși că unirea virusului rabic cu leucocitele și alte celule ale organizmului nu e de cât un fenomen de absorbțiune, încearcă să fixeze virusul rabic de diferite corpuri absorbante: cărbunele animal fixează așa de bine virusul în cât chiar după 6 spălături virusul își păstrează încă acțiune infectantă. Incălzit însă la 42° la bae marină 40—45 m. virusul e pus imediat în libertate. Virusul fix fixat pe cărbune și păstrat în glicerină are putere infectantă încă 8 zile; uscat la 36° apoi conservat la aceași temperatură e capabil să infecteze chiar după 9 zile. Incălzit la 56° virusul fixat pe cărbune își pierde complect virulența. Rezultate analoage de fixare cu pesta aviară și vaccin.

M. C.

A. W. KRUSCHILIN. — **Ueber die Wirckung des alcohols inf. die Tätigkeit den Phagocyten.** *(Zeitsch. f. Immunität. forsch. orig.* t. I, 10 Fev. 1909, pag. 407, *d. bulet, Inst. Past.* No. 10, 1909). Injectează la animale spori de antrax, subtilis, stafilococi, după ce se administrase doze variabile de alcohol până la narcoză. Constată că dozele mici de alcohol nu au nici o influență asupra fagociților, dozele mari favorizează germinațiunea sporilor și apariția microbilor în sânge.

M. C.

K. LANDSTEINER et d. von RAUCHENBICHLER. — **Ueber das Verhalten des Staphylolisin beim Erwärmen.** (Felul cum se comportă stafilolizina când este încălzită. *Zeitsch. f. Immuni forth.* 1. orig. t. I, 10 Févr. 1909. 439—448. *d. bulet. Inst. Pasteur*, No. 10 1909). Faptul că stafilolizina îşi pierde acţiunea sa la 65° nu înseamnă o distrugere a ei, de oare-ce încălzită la 100° îşi recapătă proprietăţile sale. Faptul s'ar explica printr'o fixare la 65° a stafilolizinei de către oare-cari substanţe rezultate din descompunerea stafilococilor, fixare care s'ar nimici la 100°.

M. C.

R. MAYER. **Die Schaf-Tuberculose. Tuberculoza oilor.** (*Thèse fac. méd. vét. Berne 1908. — Bulet. Inst Past.* No. 9/1909). Autorul observă 6 asemenea cazuri, procent destul de ridicat dacă considerăm cifra mărită a abatoriilor nemţeşti de $1\,^0/_{00}$. Leziunile observate de autor ar pleda pentru origina digestivă cu lapte bacilifer de oae sau vacă. Adenopatia sistemului limfatic digestiv a ganglionilor cervicali şi submaxilari. Foarte dese ori leziunile erau calcifiate şi înconjurate de coajă groasă.

M. CIUCĂ.

AMBROSIO MORI. — **Annafilasie vaccinazione della cavia verso il siero antidifterico.** (Anafilaxia şi vaccinarea cobaiului cu ser antidifteric prin injecţiuni retrooculare). (*Bioclermica et Terapia sperimentale* 1909 f. I, p. 33. *d, Bulet Inst. Past.* No. 10, 1909). Mori încearcă cu mult succes experienţele asupra anafilaxiei prin injecţiuni intraorbitare de ser antidifteric: Cu un arc curb pătrunde pe la unghiul extern şi înconjurând globul extremitatea acului ajunge ţesutul celulo-adipos extraocular. Rezultate perfect asemănătoare cu injecţiunile endo-craniene, experienţele făcute prin injecţiuni intraoculare nu dau nici un rezultat.

M. C.

FILIPPO NERI. — **Diagnostic rapid al turbărei. Nouă metodă pentru colorarea corpusculilor lui Negri.** (*Cbl. für bakt. Bd. L, H 3*). Frottis-uri din cornul lui Amon sunt fixate în alcool absolut şi colorat în urmă într'un colorant compus din *hematoxilină 1 gr. iod 0,1 gr.; iodur de potasiu 2 gr. 2; apă distilată 100 c.*

Se spală cu apă.

Se col. în albastru de methylen 1/1000.

Se spală repede cu apă.

Diferenţiare în alcool 95°, deshydratare, etc.

Corpusculii lui Negri sunt *roşii violacei*, deosebiţi de protoplasmă şi de nuclei care se colorează în albastru.

DANIELOPOLU

CHARLES RICHET. — **Rôle du système nerveux dans les phénomènes d'anaphylaxie aiguë.** (*Presse méd. 7 Avril 1909 p. 249 — 250 d. bullet. Institut Pasteur* No. 9/1909). Autorul nu este de părerea lui Riedl şi Kraus (Wiener Klin. Woch. 18 März 1909 p. 363 — 376) că turburările de anafilaxie ar fi datorite numai scoborârei presiunei arteriale. Scoborârea presiunei arteriale este efectul şi nu cauza intoxicaţiei nervoase.

M. C.

PAUL RÖMER. — **Ueber die intestinale resorption von serumantitoxin und Milchantitoxin.** (Despre résorptiunea antitoxinei prin intestin, conţinută în ser şi acea conţinută în lapte). (*Zeitsch. für Immunitäts forch. Oragin* t. I, 27 Ian. 1909

p. 171 *d. bulet. Inst. Pasteur* No. 10 1909). Fapt cunoscut: o antitoxină omologă este mult mai bine resorbită de cât una heterologă. Autorul a încercat asupra unui mânz, sugaciu, mamei căruia îi injectase 90 ctmc. ser antitetanic, care este cantitatea de antitoxină rezorbită și a găsit aproape 36 unități antitoxice în serul mânzului. La acelaș mânz în urmă îi administra ser antitetanic amestecat în vitro cu lapte de iapă; rezultatul a fost că după 6 zile de administrare serul mânzului nu conținea nici 1/10000 unități antitoxice. Prin urmare antitoxina deși omologă nu este rezorbită când să administrează sub formă de albumină de ser și e f. bine rezorbită ca albumină de lapte. M. C.

PAUL RÖMER. — **Ueber das Verhalten den Tetanus-antitoxin im Blute normaler Kinder.** (Prezența antitoxinei tetanice în sângele bovideelor normale). *(Zeitsch. f. Immunit. Vorig.* t. I, 10 Fev. 1909 p. 363, *d. bulet. Inst. Pasteur*, No. 10, 1909). De la 2 ani în sus sângele bovideelor nu e lipsit de antitoxină tetanică; ast-fel din 22 bovidee, antitoxina tetanică a fost găsită în 12 cazuri; la animalele tinere cantitatea de antitoxină a nulă; în cazurile în cari există să datorește laptelui mumei, cari ar conține acea antitoxină. Origina acestei antitoxine ar fi pusă pe socoteala virusului tetanic cari s'ar găsi în conținutul intestinal. M. C.

D. ROTTSCHILD. — **Ueber Meschtuberkulin** (Polygene, Bazillen, Emulsion). *D. Med. Wochenschr.* No. 21. 1909. Plecând de la ideea ca fie-care baccil tuberculos produce opsonine numai pentru el, a întrebuințat baccili din 5 isvoare, de tip uman; de virulențe variate, spălați și sfărâmați după procedeul lui Koch, și emulsionați în proporția de 5 miligrame de substanțe uscate pentru 1 cm^3 apă, iar doza injectată fiind de 0 cm.^{3} 5. A tratat 26 de cazuri nefebrile, obținând 14 vindecări, 11 ameliorări și 1 agravare; baccili în spute au fost de 11 ori, fibre elastice de 4 ori, baccili au dispărut de 6 ori, iar fibrele elastice de 2 ori.

Comparativ cu tuberculina veche, găsește următoarele proporții:

	Proced mixt:	Tuberculina veche:
Vindecări	14=54%	21 = 40%
Ameliorați	11=42%	17 = 32,7%
Agravați	1= 4%	12 = 23%
	26	52

DR. B.

SABRAZÈS et DUPÉRIÉ. — **Purpura hemoragică și sifilis hereditar. Histologia leziunilor și localizărilor spirochetei.** *(Archives des mal. du coeur*, No. 5 1909). Examenul clinic și anatomopatologic al unui caz de septicemie hemoragică cu spirocheta palidă.

Este vorba de un nou născut care moare 8 zile după naștere cu hemoragii profuse și edeme.

La necropsie se găsește hemoragii în ficat, splină, gland. suprarenale, pulmon, piele, iar microscopicește pretutindeni spirocheta palidă fără nici un alt microorganism.

In toate organele există semne de o iritație formativă traducându-se mai ales prin multiplicarea celulelor conjunctive și a endoteliilor vasculare și prin intervenția polynuclearelor neutrofile, limfocitelor și mononuclearelor mari. Elementele conjunctive evoluează în două sensuri: fie că se transformă în macrofage cari înglobează spirocheta, fie că se transformă în ţesut conjunctiv adult producând scleroze.

Această neoformaţie conjunctivă provoacă în *ficat* o deranjare considerabilă a trabeculului hepatic, iar celulele parenchimatoase devin de un polimorfism marcat, având fie forma de celulă hepatică normală dar de mărime variabilă, fie forma de plasmodiu, cu mai mulţi nuclei şi cu spirocheţi în protoplasmă.

Multe vase în urma acestui proces de proliferare conjunctiv se atreziază şi se obstruează, că sângele repartizat într'un mod inegal, rupe în locurile unde vasele sunt încă permeabile, şi provoacă hemoragii. Aceste este explicaţii proprii de autor, a hemoragiilor în toate organele.

Acelaş proces se găseşte şi în ganglion limfatic, piele, peretele vaselor mari. Pretutindeni se găsesc spirocheţi, fie în mononucleare, fie în celulele parenchimatoase.

In timus procesul este mai interesant. Sprocheţii sunt localizaţi mai mult în corpusculii lui Hassal, al căror centru se distinge, rămânând în locul acesta o cavitate, aşa numitele *chistele lui* Dubois.

In glomeliu renali şi în pulmon se găseşte de asemenea proliferare conjunctivă şi epitelială.

In peretele vaselor mari există infiltraţie perivasculară, mai ales în adventice.

Vasa-vasorum conţin spirocheţi.

Acelaş proces în intestin,

Măduva oaselor lungi este în supraactivitate. Oare-care reacţie myeloidă din partea ganglionilor limfatici.

In general şi autorul insistă asupra acestui punct, nu există de loc sau foarte puţine plasmazellen.

DANIELOPOLU

J. H. SCHURNYOW. **Zur frage der Einigung eines Heilserum gegen die Cholera** (Prepararea unui ser curativ contra cholerei). *(Centralb. f. Bakter, 10 rig. t. XLIX.* 25 Mars 1909 p. 623—628). Prepară un ser anticholeric pe cai, servindu-se de endotoxina cholerică (macerat de vibrioni în apă fiziologică sau distilată, sau culturi tratate cu alcaline). Serul obţinut după un număr de injecţiuni are o putere aglutinantă foarte însemnată $^1/_{10 \cdot 000}$; proprietăţi bactericide nule. Incercările de imunizare cu acest ser i-au dat rezultate miraculoase atât preventiv cât şi curativ. Cu 0.5 ser, 6 ore după injecţia cu endotoxină aduce la viaţă cobai injectaţi cu doza mortală 6 ore mai 'nainte.

M. C.

SACHS MÜKE. — **Die Haltbarkeit des Agglutinations vermögens von aufbewahrten Blutserum. Typhus Kranker.** (Persistenţa aglutininelor în serurile conservate. *Klin Jahrbuch.* t. XX pesc. 4, p. p. T. 47.555. *d. bulet. Inst. Port.* No. 10 1909). Autorul a încercat să conserve ser de tific în toate condiţiunile de lumină, căldură, umiditate, pentru a vedea care sunt cele mai potrivite conservărei. Rezultatul a fost că puterea aglutinantă să menţine neschimbată la ghiaţă cel puţin 6 săptămâni, la întuneric şi temperatură ambiantă, rezultatul e acelaş. La lumină puterea aglutinantă scade numai decât.

M. C.

T. SUGAI. — **Gelungene Uebertragungsversuche mit Lepra von Säugethiere.** (Lepra inoculată cu succes la mamifer. *Lepra* t. VIII, 3 Ian. 1909. *d. bulet. Inst. Past.* t. 10). Autorul a obţinut o transmisiune a acestei boale mai ales la şoarecii jucători, făcând o emulsie bună a unui leprom şi inoculând cu această emulsie animalele mai ales în peritoneu. După 3—4 săptămâni, slăbiciune, — caşecsie — cei sacrificaţi ca şi cei morţi prezintă pe peritoneu granulaţii, fine ca de tuberculoză compus din celule epitelioide pline cu bacili. Ganglionii mezenterici şi bronchici plini de asemenea de bacili. A mai reuşit să facă 2 pasage la şoareci. Dă la condiţii de reuşită: leproame tinere broiate, emulsionate şi injectate în peritoneu. M. C.

H. TOYOSUNN (Tokio). — **Asupra naturei substanţei fixatoare în sifilis.** *(Wiener Klin-Woch.* No. 21—909). Ce fel de substanţă este substanţa care fixează alexina în reacţii de fixaţie? După unii autori acţiunea fixatoare a serului sifiliticilor ar fi datorită unei schimbări chimice în definitiv dar deosebită de anticorpi.

După alţii natura substanţei fixatoare ar face ca această substanţă să fie clasată între anticorpi.

Autorul face experienţele următoare:

Amestecă 1 cc. serum sifilitic cu extracte de organe de cobai. Centrifugează şi în urmă încearcă lichidul de deasupra din punctul de vedere al puterei lui fixatoare. Rezultatele sunt următoarele: Diferitele organe de cobai, în special cordul, neutralizează substanţa fixatoare din ser într'un grad înaintat sau chiar complet, de oare-ce puterea fixatoare a lichidului centrifugat este nulă sau mult mai mică de cât aceea a serului sifilitic.

Autorul constată că emulsia de vibrioni cholerici sau bacili tifici, care are proprietatea de a neutraliza substanţa fixatoare dintr'un ser anticholeric sau antitific, nu are această proprietate când emulsia este amestecată cu ser sifilitic. De asemenea un ser anticholeric sau antitific nu este neutralizat, din punctul de vedere al fixaţiei alexinei, de o emulsie de organe de cobai.

Există deci oare-care specificitate, cea-ce pledează pentru hypoteza că substanţa fixatoare în serul sifilitic ar fi un anticorp. DANIELOPOLU

UHLENHUTH et WAITHE. — **Experimentelle Untersuchungen über Durine mit besonderer Berücksichtigung der Atoxylbehandlung.** (Cercetări experimentale asupra Durinei şi în particular asupra tratamentului cu atoxil). *(Arb. a. d. Kaps. Gesundheitsamte t. XXIX* f. 2 1908, p. 49 d. *bulet, Inst. Pasteur* No. 8/1909). Analogia între Durină şi tripanosomiazele umane îi fac să creadă că nu există şi o analogie de tratament. In ce priveşte felul animalelor de a se comporta faţă de atoxil, autorii fac 2 clase, intolerante: calul şi câinele, tolerante: epurele, şobolanul şi şoarecele. Calul tratat cu atoxil a supravieţuit 8 luni martorului; animalul vindecat în aparenţă, a sucombat brusc cu convulsiuni şi hemoragii intestinale. Intocsicaţie cu atoxil. Câinele este tot aşa de puţin rezistent ca şi calul la atoxil. Epurii injectaţi cu tripanosomi, suportă foarte bine şi cu mult succes atoxilul: 17 din 20 complect vindecaţi. Unul vindecat fiind încă un lung timp purtător de tripanosomi. Pomada cu atoxil a dat rezultate tot aşa de satisfăcătoare ca şi injecţiunile. Ca preventiv atoxilul nu dă rezultate, cari sunt însă mai ales pozitive când atoxilul e administrat în timpul incubaţiei. Soamină atoxil (o moleculă de apă), este mai puţin toxică; rezultatul terapeutic acelaş.

Emeticul în injecţiuni intravenose ar da bune rezultate, mai ales la bolnavii la cari atoxilul a rămas fără efect.

Rezultate destul de satisfăcătoare s'au obţinut şi cu acid arsenios, care a făcut să dispară într'un caz tripanosomii din sânge.

Culoarea de benzidină încercată de Broden, Rodhain, Martin şi Leboeuf, face să dispară Tripanosomii din circulaţie; amestecul de benzidină şi atoxil, are avantagiul micşorărei dozei de atoxil, rezultatul terapeutic rămânând acelaş. Cele-l'alte tratamente n'au avut nici o acţiune. M. CIUCĂ

WHERRY. FURTHER. — **Notes on rat leprosy and on the fate of kuman and rat lepra bacilli in flies.** (Noi note asupra leprei şobolanilor şi soarta bacililor leproşi ai omului şi şobolanilor la muşte. *Journ. af inf. Dis.* t. 5, No. 5. 18 Dec. 1908. *d. bulet. Ins. Pasteur* No. 10, 1909). E fapt sigur că s'au găsit bacili de lepră în tubul digestiv a unor insecte. Incercările experimentale prin ingestiune au dovedit că un mare număr de muşte, intrate pe cadavru de şobolan lepros, aveau 24 ore mai în urmă bacili în fecale; după 48 ore nu se mai găseau. Musca domestică infectată digestiv cu lepra umană, prezintă o fază de înmulţire a bacililor, după 6 zile nu se găsesc de loc. Autorul n'a obţinut cu serul leproşilor o aglutinare a bacilului leprei şobolanilor. M. C.

Patologie externă

A. DUPRAZ. — **Hernie inguinale étranglée. Herniotomie, rupture de l'intestin. Résection intestinale de quinze centimètres, cure radicale de la hernie deux, jours plus tard. Délirium tremens. Guérison.** (*Rev. med. de la Suisse Romande.* No. 1 janvier, 1909). Observaţie foarre interesantă din punct de vedere practic şi fiind-că este încă o probă de rezistenţa excepţiooală a unor organizme.

Peter are încă odată dreptate când afirmă „că bolnavii au adesea mai multă rezistenţă, de cât îndrăsnesc medicii să creadă.

A. HEERMANN. — **Scharlachroth Trömmelfellperforationen.** (ros scharlach în perforaţiile timpanului). *D. Med. Wochenschr.* No. 22, 1909. Condus de cercetările lui Fischer, care producea o proliferaţie epitelială prin injecţii intradermice de roş scharlach (o culoare grasă solubilă numai în oleuri), a încercat o pomadă cu 5% în perforaţiile de timpan vechi şi mari.

A obţinut rezultate excelente, unele perforaţii dispărând în câte-va zile.

Dacă perforaţia e prea mare, tratamentul se face cu întrerupere, dacă nu e reacţie se va aplica pomada zilnic; vindecarea nu e însoţită de supuraţie. DR. B.

MARTIN du PAN. — **Myosite ossifiante du brachial antérieur après luxation du coude. Extirpation Guérison.** (*Rev. med. de la Suisse Romande.* No. 1 janvier 1909). Myosteomul s'a format foarte repede — zece zile de la traumatism — şi e probabil dintre acelea în geneza cărora e preponderent rolul iritativ al ţesutului conjunctiv din muşchi precum şi al hematomului format în urma tramatismului, întru cât radiografia n'a decelat smulgerea de fragmente din osul subjacent, deci periostul nu poate fi implicat în cauză. Autorul mai crede că în acest caz, ca şi în altele asemenea, masagiul precoce poate fi cu drept cuvânt încriminat de a fi contribuit la constituirea osteomului muscular.

ROCH et de SENORCLENS. — **Obstruction intestinale organique chez une hystérique. Evolution chronique de l'affecation. Symptomatologie fruste. Mort. A l'autopsie: Péritonite fibreuse, étranglement d'une anse jéjunale.** *Rev. méd. de la Şuisse Romande* No. 1 janvier 1909). E în deobşte cunoscut că histeria poate simula aproape toate afecţiunile organice.

In cazul de faţă e vorba de o femee tânără operată pentru semne nete de ulcer stomacal cu perforaţie. Exploraţia foarte minuţioasă a întregei cavităţi abdominale n'a relevat însă nimic anormal spre marea surprindere a operatorului. Bolnava a continuat totuşi a avea turburări gastro-intestinale diverse şi suportabile cu rari exacerbaţii. Cum însă ea mai prezenta şi toate semnele clasice ale unei histerii, s'a diagnosticat o enteronevroză spasmodică şi nu s'a mai intervenit.

Bolnava sucombă, fără a fi prezentat fenomene într'adevăr alarmante, clasice da obstrucţie intestinală. La autopsie se găseşte o peritonită fibroasă cu strangularea unei anse jejunale.

E întrebarea dacă turburările, cari au făcut necesară prima intervenţie, au fost pur nevropatice şi numai deschiderea peritoneului ar fi dat naştere la formarea de bride fibroase, sau dacă acestea existau încă de la început şi au rămas neobservate, ori-cum bolnava ar fi beneficiat de sigur de o a doua intervenţie.

Cazul face sceptici pe autori în ce priveşte „ileus spasmodic“ de natură histerică şi ei îşi propun o anchetă întinsă asupra cazurilor similare publicate.

Patologia generală

MORAWITZ et LOSSEU. — Asupra hemofiliei. *(Deutsches Arch. für Klin. Med.* 1908, Bd. XCIV, H 1—2). Autorii studiază un caz de hemofilie familială la un copil de 9 ani, într'o familie în care, ca de obicei, numai bărbaţii au fost atinşi de această boală. Primul membru hemofilic din această familie a fost studiat în 1827 de von Gmelin.

Bolnavul face echimoze la cea mai mică contuziune. Are hemoragii gingivale. Examenul sângelui a dat hemoglobină 55°/0, globule roşii 3.660.000, globule albe 9400, (polinucleoza 71,2°/0, eozinofile 5,8°/0, mastzellen 6°/0). Hemoloblaştii par în număr normal.

Examenul sângelui din punctul de vedere al coagulărei este mai interesant. Autorii întrebuinţează următorul procedeu.

Se pune în capsule bine uscate 2—5 cc. sânge scos din vână şi se lasă într'o cameră umedă la 20°—22°. Sângele normal trebue să se coaguleze după această technică în 15—20 minute.

Sângele bolnavului pur se coagulă în 2 ore. Coagularea n'a fost de loc modificată prin adăogarea de clorur de calciu. Sucul renal însă activă mult coagularea, de oare-ce după adăogarea de 915 cc. suc renal la 5 cc. sânge. Coagularea se făcea într'un minut.

Extractul de lipitoare a împiedicat complet coagularea sângelui bolnavului.

Faptul că sucul renal a activat coagularea sângelui la acest bolnav, arată că turburările erau datorite insuficienţei de trombotenează, ceea ce este de altminteri învederat lui Weil. DANIELOPOLU

Patologie internă

COHEN.—La méningite cérébro-spinale septicémique. *(Ann. d. Inst. Past.* 1. h. 1909 p. 273). Numeroşi autori descriseseră de mult cazuri de meningită cerebro-spinală, pe care o numeau gripală, agentul patogen fiind după ei cu totul asemănător cu Coco-bac.

Pfeiffer. Autorul studiând foarte complect trei cazuri de acest fel de meningită a observat că numai proprietăţile pur morfologice fac analiza între B. Pfeiffer şi bacilului meningitei c. s. septicemice; toate cele-l'alte proprietăţi biologice îl diferenţează cu totul însă de c. B Pfeifer.

Examenul lichidului cefalorachidian arăta în toate cazurile o polinucleoză intensă; şi cultură pură de un bacil fin, aşezaţi câte doi, mai des extracelulari. Forma, coloraţia, caracterul culturilor identice cu acele ale Pfeifferului. Caracter special: injectat la epuri în vînă îi omoară prin septicemie nu prin toxemie ca 6. c. c. Pf. In toate 3 cazuri meningita se prezintă ca complicaţie a unei bronho-pneumonii. Culturile foarte asemănăroare cu ale Pf., cu aceleaşi forme de involuţie filamentoase după 3—4 zile. Hemofil cu aceleaşi caractere de cultură pe geloză ascită, geloză peptonată şi geloză cu sânge de cobai; trebue trecut la 7—8 zile pentru a nu 'l pierde. Se izolează tot aşa de bine din sânge ca şi din lichidul cefalo-rachidian, se găseşte în lamele de sânge chiar, fapt care nu se întâlneşte frecvent în gripă. Experienţele făcute pe animale (epuri şi cobai) cu acest bacil în comparaţie cu 4 rase de Pfeifer, au dat în mod curent *septicemie* cu microbul meningitei (însmânţări); o toxemie cu Pfeifer, când inocula în cantităţi mult mai mari şi cu generalizare numai într'un singur caz. La autopsia animalelor infectate cu 6 m. c. s. se păseşte flocoane fibrino-purulente în toate seroasele ca şi la om.

Incercările de vaccinare, cari n'au rezultate prea încurajatoare în gripă, cu acest microb dau în tot-deauna rezultate admirabile, furnizând la epuri un ser preventiv şi curativ faţă de injecţia cu acest microb şi nul ca efect pentru animalele infectate ca Pfeiffer.

Toate procedeele de serodiagnostic n'au dat nici o certitudine în diferenţiarea acestor 2 microbi.

Calea de intrare a acestui microb pare a fi calea respiratoare. Fenomenele clinice de redoare sunt mai pronunţate ca în cazurile de meningită obicinuite. Cu toate probabilităţile acest microb este o specie autonomă. **M. C.**

M-elle le Dr. COTTIRA et Dr. TURRETINI. — **Délire septicémique à forme de confusion mentale.** *(Rev. med. de la Suisse Romande* No. 1 janvier 1909). Fenomenele toxice-infecţioase ţin primul rol în etiologia sindromului confuzio-mental. Pe lângă aceasta, mai trebue ţinut socoteală şi de terenul pe care evoluează precum şi de cauzele ocazionale în care se produce acest sindrom. Se cunosc cazuri de otite, abcese flegmonoase etc., cari odată operate au făcut să dispară ca prin farmec, semnele de confuzie mentală gravă de care se întovărăşeau.

Cazul relatat de autori priveşte pe o femee, din fire foarte nervoasă, care în urma unei emoţiuni violente prezintă portretul clasic al confuziei mentale, la care se adaogă în plus o disartrie pronunţată, fapt nerelevat de autori în alte cazuri. La câte-va zile de la debut, bolnava are brusc 40°, şi toate fenomenele unei septicemii grave. Examenul sângelui arată o polinucleosă marcată. Culturile rămân însă sterile. Cam în acelaş timp se observă pe faţa anterioară a gambei stângi formarea unui abces, care incisat, aproape imediat fenomenele morbide atât fizice cât şi psichice se amendează spre a dispărea de tot încetul cu încetul. Singură disartria a persistat mai mult timp.

In puroiul abcesului s'a găsit streptococ pur.

Autorii emit ipoteza ca în cazul acesta abcesul format se poate compara cu abcesele de ficsaţie, care se determină înadins în infecţiunile grave cu intenţia unei localizări a acestei infecţii.

POTEN und GRIEMERT. — **Die Pirquetsche Tuberkulinprobe bei Neugeborenen und ihren Müttern.** (Reacţia lui Pirquet la noi născuţi şi la mamele lor). *D. Med. Wochenschr.* No. 22. 909. La 53 copii, de 1—14 zile, reacţia a fost complect negativă; la 20 din acestea autorii au repetat reacţia după 8 zile; rezultatul a fost acelaşi; cât priveşte mamele, toate, afară de două, au reacţionat pozitiv în diverse grade.

Considerând că noi născuţi nu reacţionează la tuberculină, propun că reacţia să se facă în fie-care an la copii, spre a surprinde momentul când bacilii au pătruns în organizm, spre a putea lua în pripă măsuri de apărare. DR. B.

VALLÉE.. — **Des Tuberculoses occultes.** *(Récueil méd. vét. 15 Fév. 1909. p. 106 — 117 d. Bulet Inst. Past.* No. 9/1909). Autorul explică numeroasele discordanţe între reacţiunea pozitivă la tuberculină şi leziunile negative anatomo-patoogice printr'o formă de tuberculoză ganglionară abia evidentă. Cercetările experimentale cu bovo-vaccin i-au confirmat faptul tuberculozelor oculte. Consideră ca suspect ori-ce ganglion cu coloraţia uniformă grisă-rosee şi în care delimitarea substanţei medulare de corticală nu e netă; în adevăr examenul microscopic şi cu lupa arată granulaţii fine şi tuberculi foarte tineri. M. CIUCĂ.

Terapeutica

BREINL et NIERENSTEIN. — **Zum Mechanismus der atoxylwirkung.** (Mecanismul acţiunei atoxilului). *(Zeitsch. f. Immunitätsfor. n. exper. Ther. t. 1 f. 5 op.* 620—632. *Annalele. Inst. Past.* No. 8, 1909). Nierenstein arătase că combinaţia de atoxil şi albuminele serului, mărea puterea toxică a atoxilului pentru şobolani. Făcând acelaşi lucru cu emulsiuni de organe n'au obţinut nici o modificare a atoxilului. In urma cercetărilor lui Levadit şi Iamanouchi, cari au transformat atoxilul în tripanotoxil sub influenţa puterei reductoare a organelor. N. şi B. au dializat amestecul de atoxil ficat şi au constatat că fermenţii reductori ai ficatului ca şi oxidaza în apa oxigenată disociază atoxilul într(un nucleu organic şi în arsenic anorganic, care ori de câte ori ia naştere da tripanoliză M. CIUCĂ

Dr. EXCHAQUET. — **Indications et contre-indications pratiques des climats d'altitude.** Comunicare făcută de „Congres international de la Tuberculose a Washington 1908, Sept. Oct. *Rev. med. de la Suisse Romande.* No. 2 février 1909). Lăsând la o parte explicaţiile şi teoriile ştiinţifice ce s'au perindat în această privinţă, autorul porneşte de la vederi practice şi se bazează pe o îndelungată experienţă personală în sanatori. Fără a trage concluzii deosebite prin preciziunea lor, autorul ţine să atragă luarea aminte asupra faptului că o întreagă categorie de forme sau complicaţii ale tuberculozei pulmonare, în care cura de altitudine a părut în tot-deauna absolut contra-indicaţi, beneficiază din contră, de această cură în majoritatea cazurilor.

Aşa de exemplu formele de debut — nu prea luate în seamă adese-ori şi lăsate în clinica obişnuită — apoi formele critice congestive — cu hemoptisii. In sfârşit formele însoţite de tachicardie de fiebră — până şi laringitele şi albuminuriile cari însoţesc câte odată tuberculoza pulmonară, toate s'au modificat evident şi durabil în urma curei de altitudine. Toate acestea după un interval oare-care de aclimatizare, de obişnuinţă a bolnavului, în care timp fenomenele morbide păreau mai agravate.

In schimb, rezistă curei de altitudine, ba chiar se înrăutăţesc formele cronice vechi, precum şi cele complicate de insuficienţă cardiacă şi mai ales de turburări psichice nervoase, ca depresiunea melancolică, insomnia, în care şi ajutorul psichoterapiei e cu totul zadarnic.

P. FLEISCHMANN und H. WJAMENSKY. **Ueber intravenöse Strophantin therapie bei Verwendung von gratus-Strophantinum crystallisatum Thomas.** *D. Med. Woch.* No. 21. 1909. Consider terapia intravenoasă cu strophantină ca un progres, şi recomandă strophantina cristal. Thomas, preparată de Merk (Darmstadt) ca fiind superioară celei lui Böhringer.

Ca şi digitala, această substanţe se acumulează, şi doza pentru un adult nu trebue să depăşească 0 gr. 0.005 pe injecţie; febricitantu suportă doze mari, (un pneumonic a luat 4 mgr. 7 în trei zile fără inconvenient); pulsul se răreşte de obicei în cele 20—30 minute după injecţie, câte odată după 6—8 minute, alte ori după câte-va ceasuri. Durata acţiunei unei singure injecţii nu se poate preciza, variind după caz, dar poate fi întărită în zilele următoare prin preparatu de digitala sau prin diuretice; rezultatul a fost nul la tahicardii şi la cachectici (ftisici, canceroşi); în un caz de Basedow, pulsul de la 120 s'a ridicat la 130 pe minut. DR. B.

Prof. AUGUSTE FOREL. — **Le traitement de l'épilepsie.** *(Rev. Med. de la Suisse Romande* No. 1 janvier 1909). Intr'o comunicare făcută la „sociéte vandoise de médecine“, autorul recomandă în tratamentul epilepsiei întrebuinţarea sărurilor de brom — lucru ştiut de alt-fel de multă vreme — întovărăşită de un regim declorurat.

Insistă asupra faptului că tratamentul trebue instituit cât mai din vreme, de la apariţia primilor atacuri dacă se poate — şi urmat cu deosebită perseverenţă timp îndelungat — doi ani şi mai mult după ultimul atac.

Procedând ast-fel, autorul pare să fi avut rezultate foarte încurajatoare.

M. IACOBY et A. SCHÜTZE. — **Ueber den Wirkungsmechanismus von Arsenpräparaten auf Trypanosomen im tierischen Organismus.** *(Bioch. treisch. t. XII* 22 Juillet 1908 p. 193, d. *bulet. Inst. Past.* No. 8/1909). N'au putut obţine prin nici un mijloc o fagocitare a tripanosomilor; din contră doze minime de acid arsenios şi mai mari de atoxil omoară imediat tripanosomi prin acţiune directă, cu toate acestea autorii cred că organismul participă la reacţiune. M. C.

TENDRON. — **Recherches sur l'élimination de l'arsenic après injections sous cutanées d'atoxyl par le dosage de l'arsénic dans les urines et les fèces.** *(Bulet. Soc. Path. exot* 1909 No. 3 p. 140, d. *bulet inst. Pasteur* No. 8 1909). Experienţele făcute pe om dovedesc 1) o eliminare aproape instantanee a arsenicului prin urină până la a 6-a—8-a oară. 2) Cantitatea de arsenic eliminată prin urină şi fecale e jumătatea celei administrate.

Pentru a vedea ce se face cu restul atoxilului, a făcut injecţiuni cu atoxil la epuri şi a analizat absolut toate organele, din punct de vedere a cantităţei de arsenic; au găsit cantităţi mici în ficat şi urme abia în rinichi.

Levadit remarcă că faptul concordă cu cercetările sale asupra mecanismului acţiunei atoxilului: porţiunea de arsenic neeliminată se combină cu proteinele din ficat pentru a da intoxicaţiunea arseniată. M. C.

Anul V, No. 7. Iulie 1909. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. I. BRUCKNER
Docent la Facultatea din Bucureşti
Şef de lucrări la Institutul de Anatomie

şi

Dr. P. GĂLEŞESCU
Şeful laborat. de la Spitalul Colentina
Asistent la labor. de Istologie şi Embriologie

Reacţiunea Bauer-Hecht

Simplificare a procedeului Wassermann pentru serodiagnosticul sifilisului

De şi reacţia lui Wassermann pentru serodiagnosticul sifilisului s'a demonstrat a nu fi specifică, totuşi ea a intrat în practica curentă, căci rezultatele obţinute sunt concordante cu clinica.

Sunt însă cazuri de sifilis, cu manifestaţiuni, în cari totuşi reacţiunea e dubioasă sau negativă, atunci când ar trebui să fie mai mult ca positivă; repetând în aceste cazuri sero-reacţiunea, în condiţii cât mai precise, adesea se vede că a fost numai o greşeală de tecnică.

In primul rând stă chestiunea obţinerei antigenului; se ştie că Wassermann a întrebuinţat un extract apos de ficat de făt sifilitic; încetul cu încetul s'a găsit că şi ficatul de făt normal poate fi întrebuinţat cu acelaş folos; mai în urmă şi extractul alcoolic de acelaş organ; apoi s'a întrebuinţat extractul alcoolic de ficat de porc, de cord de cobai, de bou, de om, lecitine, oleu de vasilină, etc.

Dintre toate aceste extracte, se dă preferinţă, mai în toate laboratoarele, extractelor alcoolice, de cord de cobai, bou sau om, ca fiind cele mai uşoare de preparat şi mai la îndămână ori şi cui.

Diluate în proporţie convenabilă cu apă sărată fiziologică, ele dau un lichid lăptos, care trebue întrebuinţat imediat după preparaţie; rezultatele sunt foarte satisfăcătoare şi noi am obţinut reacţii frumoase cu extractul alcoolic de cord de cobai şi de cord de bou.

Se întâmplă însă, ca acelaş extract, cât va timp după preparaţie să piardă din titlul iniţial; acestea ar fi un incovenient mic, căci verificându-i iarăşi titlul ne am pune la adăpost de greşeli; mai neplăcut însă e atunci când extractul de la început e slab sau foarte capricios, fixând complementul într'un caz de sifilis latent şi nefixându-l în unul de sifilis averat; schimbând însă antigenul, reacţia e tot aşa de pozitivă în ambele cazuri.

Un progres simţitor în prepararea antigenului l'a făcut Fritz Lesser prin publicarea procedeului lui: se ia cord de om, bine curăţat de grăsime, se toacă mărunt, se pisează cu nisip spălat prealabil cu acid clorhidric, şi se pune cu totul într'un flacon, iar de asupra se toarnă eter; flaconul se pune într'un aparat de scuturat, timp de 4—5 ore, sau în lipsă de aparat, se scutură cu mâna; se lasă în repaus 24 ore, şi apoi se filtrează eterul, care s'a îngălbenit, prin hârtie sugătoare; magma de cord şi nisip se stoarce prin tifon, iar sucul după filtrare se adaogă la restul maceraţiei.

Filtratul se pune într'un balon de sticlă la baie marină, le temperatură de 45°, până la evaporarea complectă a eterului; residiul e un lichid sirupos, galben brun, cu miros arzător, dar fără de urme de eter.

Se toarnă în balon peste residiu, o cantitate apropiată de margele de sticlă, se agită şi apoi se adaogă puţin câte puţin agitând puternic, apă sărată fiziologică şi fenicată 5°/₀₀; în acest mod se obţine o emulsie lăptoasă, care se subţiază cu apă sărată şi fenicată până când devine translucidă; se lasă în repaus 24—48 ore, şi se filtrează prin tifon sau vată; emulsia poate să mai depue după cât-va timp şi atunci trebue iar filtrată; de obicei 2—3 filtrări sunt suficiente, căci atunci emulsia devine stabilă şi se conservă, după Lesser mult timp; cât priveşte titrajul ei, el se face după procedeul obişnuit.

Lesser mai face încă o recomandaţie: emulsia trebue atâta subţiată cu apă sărată, în cât să poată fi întrebuinţată fără diluţii ulterioare, fără însă să dea vre-o cifră precisă.

Noi am găsit că cifrele potrivite ar fi următoarele: pentru un antigen Wassermann, extractul eteric provenind din 10 grame de cord, să se emulsioneze în 100 cm³ apă sărată; această emulsie se va mai dilua în proporţie de 1 : 10 pentru reacţia lui Hecht; se poate însă ca extractul eteric să fie reluat cu alcool absolut cum recomandă şi Lesser, deşi el preferă emulsie opusă; cu toate că e prematur de afirmat, totuşi ni s'a părut că extractul reluat în alcool, e mai lesne de conservat, mai energic şi mai precis: de altfel proporţia de 10 grame cord la 100 de alcool e cea mai potrivită.

Am cercat acest mod de preparare, şi nu putem decât să-l recomandăm; în special un caz, vechi sifilitic, dar în latență, tratat, care nu dăduse reacțiunea cu două antigene alcoolice, a fixat complementul în prezența antigenului Lesser.

Un al doilea punct, iarăși de mare importanță este chestiunea hemolizinei.

Se știe că Wassermann recomandă serul hemolitic de iepure pentru globule roșii de oaie, și aproape pretutindeni, acest sistem hemolitic a fost adoptat.

Iată însă că Bauer descopere că serul uman conține el singur o hemolizină naturală pentru globulele roșii de oaie; în adevăr, 0 cm. 1 de ser hemolizează perfect în vre-o 20 minute, 1 cm. 3 din o emulsie de eritrocite de oaie 2%.

Această descoperire a dat naștere la o sumă de lucrări, dintre care, unele, foarte importante, se referă la acțiunea hemolizinelor asociate.

Așa, Sachs și Bauer, apoi Bauer singur, stabilesc precis, că asociind urme de hemolizine artificiale, iepure-oaie, la urme de hemolizine naturalale cari se găsesc în serul de cercetat hemolizine incapabile fie-care din ele să producă hemoliza pe seama lor, se observă fenomene mai mult de cât de sumațiune, căci hemoliza e rapidă și totală.

Din aceste experiențe reese o greșală care se comite involuntar foarte ușor: în cazurile când complementul nu a fost complect fixat, și când reacțiunea ar fi fost slab pozitivă, ambele hemolizine dau disoluția complectă, falșificând ast-fel rezultatul.

Faptul a fost încă și mai bine pus în evidență de Ballner și von Decastello; ei au arătat, că întrebuințând un sistem hemolitic iepure-bou, se pot diferenția unele seruri, cari au proprietatea de a fixa ele singure complementul și pe care dânșii propun să fie numite *atrotoupe;* imediat însă ce se întrebuințează sistemul iepure-oaie, hemoliza se produce, grație hemolizinei naturale din serul uman.

Din aceste experiențe precise, rezultă că sistemul hemolitic iepure-oaie, pentru reacția Wassermann trebue înlocuit cu ori care altul, iepure-bou, iepure-câne, etc.

Luând aceste precauțiuni, reacția Wassermann, până la noi date, va fi ireproșabilă, în mâna unui experimentator riguros, va da de sigur un procent și mai mare de rezultate pozitive decât până în prezent; totuși ea va rămâne o reacție complicată, de o mânuire delicată şi care nu poate fi practicată de cât în laboratorii bine înzestrate.

Căutând să facă din reacţia lui Wassermann, o reacţie practică, dacă nu la îndemâna ori cărui medic, dar cel puţin la îndemâna unui laborator modest, Bauer a ajuns să simplifice simţitor reacţiunea; dânsul a căutat să întrebuinţeze hemolizina naturală a omului pentru globulele roşii de oaie şi rezultatele au fost excelente; el încălzea însă serul uman la 56° $^1/_2$ oră, spre a-i distruge complementul, pe care şi-l procura din nou de la cobai ca în procedeul primitiv al lui Wassermann; reacţia era deci încă suficient de complicată, fiind nevoe şi de cobai, animal care nu se găseşte pretutindeni, şi pentru a cărui sângerare se mai cerea încă un supliment de timp.

Stern, Tschernogubow şi Hecht, aproape în acelaş timp, au avut ideia să nu mai încălzească serul uman, ci să utilizeze şi complementul natural al omului: reacţia atunci se simplifică enorm, ne mai fiind nevoie în afară de serul uman de cercetat, de cât de antigen, şi de globulele roşii de oaie.

Lui Hecht îi revine însă meritul de a fi precizat complect detaliile reacţiunei; extrage sângele de la bolnavul de cercetat, din pulpa degetului sau din vână, îl lasă să se coaguleze, abandonează serul în contact cu chiagul 5—6 ore, şi apoi procede la reacţiune după tabloul următor:

Tub No.	Na Cl 0,85%	Ser om cm³	Antigen		Globule roşii de oaie 2%	
			doza simplă	doza dublă		
1	1 cm³	0,1	—	—	1 cm³	După o oră de etuvă la 37° se adaogă la tuburile No. 2, 3, şi 4, câte 1 cm³ din emulsie de globule roşii de oaie 2%.
2	—	0,1	1 cm³	—	—	
3	—	0,1	—	1 cm³	—	
4	—	0,2	1 cm³	—	—	

Tubul No. 1 serveşte de martor, hemoliza se va produce complect în 20 minute; în tuburile No. 2, 3 şi 4, în caz de reacţiune pozitivă, globulele roşii vor cădea la fund, iar lichidul va fi incolor, pe când dacă reacția va fi negativă, hemoliza se va face în cel mult o oră.

Să se observe că în reacția lui Hecht, antigenul trebue întrebuințat în proporție mult mai mică ca în reacția lui Wassermann, și că un titraj special se impune; așa de ex. dacă pentru Wassermann, e nevoe de 0,2 și 0,1 cm^3 de extract alcoolic, pentru procedeul Hecht, acelaș antigen lucrează în doze de 0,03—0,06.

Pentru a titra antigenul se vor face deci diluții foarte slabe, din extractul alcoolic de cord de cobai 2°/₀, de bou 3°/₀, sau din extractul eteric Lesser; se vor pune cantități crescânde, de 0,002, 0,004 etc. de extract, pentru o cantitate invariabilă de 0,1 ser; doza, imediat sub ceia care va opri parțial hemoliza, controlată cu mai multe seruri, și deci incapabilă de a împiedica disoluția globulelor roșii, va fi considerată ca doză dublă, iar jumătatea ei în doză simplă.

Observând tabloul lui Hecht, vedem că tubul 3, corespunde cu tubul 2 W, conținând doza maximă de antigen, tubul 2, numărului 3, iar tubul 4 Hecht, conținând doză simplă de antigen pentru doza dublă de ser, deci jumătate din doza simplă de antigen pentru doza simplă de ser, tubului 4 W; iar pentru ca o reacțiune să fie pozitivă, hemoliza trebue să fie complect oprită în tuburile 2 și 3; Hecht pretinde că hemoliza să fie oprită și în tubul 4; aceasta e mai greu, pentru că se cere pe lângă un sifilis în evoluție, și un antigen foarte bun și bine echilibrat, căci, această reacție variază de la om la om; un sifilitic, cu manifestații fixează complementul în prezența de 0,002 antigen, pe când altul în aceleași condiții are nevoe de 0,008, 0,01 și chiar 0,2.

Din citirea celor ce preced, se poate vedea ușor avantagiile acestui procedeu; în ziua chiar a extragerei sângelui se poate obține rezultatul, cu o muncă minimă; sângele poate fi întrebuințat și după 24 de ore, și chiar după 3 zile, — noi am găsit că după 24 ore, hemolizina naturală e mai bună, fără ca complementul să fi suferit vre-o alterație, — reacția făcându-se mai ușor ca în ziua extragerei serului.

Se întâmplă însă că în un număr de 6—7°/₀ de cazuri după Hecht, hemolizina să nu existe în cantitate suficientă; după 20—30 minute, disoluția globulelor roșii fiind incomplectă în tubul martor; se va remedia însă foarte ușor, adăogând la fie care tub, încă câte 0,05 din serul de examinat; disoluția se va face atunci complect, iar în caz negativ, se va mai adăoga încă 0,05 de ser.

Sunt însă și un număr, minim ce e drept, cam 3°/₀, de lipsă totală de hemolizină; se va recurge atunci la un ser provenind de la un om sănătos, prealabil examinat; serul lui ne va da hemolizină care lipsește, întrebuințat fiind în aceleași doze; se va pune deci în fie-care eprubetă, 0,1 ser uman normal și 0,1 ser de examinat acest din urmă prealabil încălzit la 56° $^1/_2$ oră; și în acelaș mod se va procede și cu lichidul cefalo-rachidian, care e știut că nu conține nici hemolizină, nici complement.

Am controlat reacțiunea dată de Hecht, pe un număr de 135 cazuri, și rezultatele fiind perfecte, nu putem de cât să îndemnăm pe toți cercetătorii, de a pune în practică acest procedeu.

Pe lângă simplicitatea lui, el mai prezintă ceva și mai remarcabil încă: este precisiunea. In adevăr, examinând tabloul de mai jos, se poate vedea că în cea ce privește mai ales sifilisul latent, accidentele terțiare, și maladiile parasifilitice, pe un număr de 38 de cazuri, reacțiunea Wassermann a fost pozitivă numai de 24 ori, iar reacțiunea Hecht de 38 ori, deci reacțiunea Hecht dă aproape $1^1/_2$ mai multe rezultate pozitive ca reacțiunea Wassermann.

	W. H. + +	W. H. − +	W. H. + −	W. H. − −	Dubioase	Total	
Sancru sifil. fără accidente secund.	3	1	1	—	—	5	
Accidente secundare	32	1	—	—	—	33	
Sifilis latent precoce	7	3	—	2	—	12	
Accidente terțiare	6	2	—	2	2	12	
Sifilis latent tardiv	3	6	—	9	6	24	
Leziuni parasifilitice	6	3	—	—	2	11	
Keratite	2	—	—	—	—	2	
Total . . .	59	16	1	13	10	99	
Martori	—	—	—	25	—	25	
Scarlatina	—	—	—	3	—	3	
P. G. staționară	—	—	—	3	—	3	Vezi Obregia și Bruckner. C. R. Soc. Biologie 1909.
W. imposibil	—	—	—	—	—	1	ser autotrop
H. imposibil	—	—	—	—	—	5	lipsă totală de hemolizină
					Total	135	

Natural că cu acest procedeu, am avut un număr de rezultate negative; aceasta nu înseamnă însă că reacțiunea nu e bună sau că nu e precisă căci față de o reacțiune negativă se pot face două supozițiuni:

1. Individul nu a avut niciodată sifilis, și cazul e mai frecuent de cât se crede; în adevăr, acum câți-va ani, când nu existau mijloace certe pentru găsirea spirochetului în leziunea primară, în fața unui șancru suspect, se instituia tratamentul pe care bolnavul îl urma mai mult sau mai puțin; dacă nu apăreau accidente secundare manifeste, cari să atragă atenția pacientului, acesta după o perioadă de ani, îți afirmă că a avut sifilis, dar fără accidente; asemenea cazuri am întâlnit și noi multe, și am fost nevoiți să le trecem printre cazurile de latență tardivă, fără însă multă convingere.

2. Individul a avut sifilis, dar s'a tratat energic; reacțiunea pe cât ne-am putut convinge, dispare din sânge, după un tratament bine condus; pacientul poate fi considerat, *pentru moment* ca vindecat; vindecarea aceasta însă este că numai aparentă, sifilisul fiind latent și putând isbucni după un timp de, sau este ea reală, aceasta nu ne-o poate arăta de cât o statistică mare și întinsă pe un număr mare de ani.

Valoarea reacțiunei este deci considerabilă atunci când e pozitivă și o putem perfect compara cu valoarea sero-reacțiunei lui Widal; prin aceasta voim să spunem că ea nu are o valoare absolută, cum este bună-oară găsirea bacilului Koch în spută, și că este un cuțit cu două tăișuri; în adevăr, un individ sifilitic, are dreptul să facă ori și ce maladie; dacă va face o pneumonie tipică, nimeni nu va spune că este sifilitică; dar dacă va face o pleurezie, al cărei lichid va da reacțiunea ca ori-ce serositate de sifilitic, se vor găsi poate clinicieni, cari se vor grăbi să afirme natura sifilitică a pleureziei; pentru a afirma aceasta însă va fi absolută nevoe să se găsească agentul patogen în lichid, sau cel puțin să se elimine pe cât posibil ori și ce altă infecțiune, căci alt-fel, sero-reacțiunea singură nu va indica de cât că pleurezia s'a făcut pe un sifilitic.

Dacă am făcut această digresiune, este numai pentru a arăta că valoarea acestui sero-diagnostic numai atunci e mare, când merge mână în mână cu clinica; grație lui, se va putea pune diagnosticul în cazuri dubioase, iar tratamentul se va întrebuința cu mult mai multă preciziune și cu mult mai mult folos.

BIBLIOGRAFIE

1. **H. Hecht.** — Wienerklin. Wochenschrift, No. 50, 1908; No. 8, 1909; No. 10, 1909.

2. **I. Bauer.** — Deutsche. Mediz. Wochenschr. No. 16, 1908; No. 10, 1909.

3. **H. Sachs und I. Bauer.** — Arbeiten aus dem kgl. Institut für experimentelle Therapie zu Frankfort-am-Mein. 1907, H. 3.

4. **Ballner und von Decastello.** — Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 45, 1908.

5. **M. Stern.** — Zeitschr. f. Immunitätsforschung und experimentelle Therapie. 1909, Bd. I, H. 3.

6. **Tschernogubow.** — Berlin. Klin. Wochenschr. No. 47, 1908.

7. **Fritz Lesser.** — Berlin. Klin. Wochenschr. No. 21, 1909.

Dr. GRIGORE JACOBSON și G. BĂLTĂCEANU
Medic Extern
ai Policlinicei Așezămintelor Brâncovenești

CONTRIBUȚIE
la
Studiul semnului lui Koplik în rugeolă

In cursul anului 1907, bântuind în București o epidemie însemnată de pojar, am putut studia sistematic la Policlinica Așezămintelor Brâncovenești valoarea semnului lui **Koplik** pentru diagnosticul acestei afecțiuni.

Vom expune în lucrarea de față concluziunile cari reies din studiul a 73 cazuri observate la Policlinică în anii 1906—1909 precum și a 70 cazuri din clientela particulară a unuia dintre noi (1900—1909).

Inainte însă de a expune concluziunile la cari am ajuns, credem interesant de a reaminti pe scurt datele principale referitoare la semnul lui **Koplik** cu atât mai mult cu cât ne-am convins că acest semn e în general puțin cunoscut de medicii practicanți și că chiar cei cari îl cunosc nu-și dau îndeajuns seamă de însemnătatea lui pentru diagnosticul rugeolei.

Memoriul în care **Koplik** (din New-York) descrie petele în chestie datează din anul 1896 *(Archiv of Pediatrics)* In anii următori, într'o serie de lucrări succesive, autorul își complectează descripția.

Descoperirea lui **Koplik** a dat loc, ca toate descoperirile, la o mulțime de reclamațiuni de prioritate. In excelenta monografie a lui **Bing** se găsesc expuse și discutate cu deamănuntul toate aceste reclamaţiuni şi din această discuţie reese că unii dintre reclamanţi ca Flindt şi Filatow par a fi văzut cu totul alt-ceva de cât petele lui Koplik, pe când unul singur Bielski ar fi descris în realitate semnul lui Koplik fără a-şi da însă în deajuns seama de valoarea lui în diagnosticul pojarului; aşa că Koplik rămâne cel dintâiu care a dat o descripţie precisă a petelor şi care le-a recunoscut importanţa; este prin urmare just ca petele să poarte, ca şi până acum, denumirea de *petele lui Koplik.*

I. Morfologia, evoluţia, anatomia patologică şi natura petelor lui Koplik.

Petele lui Koplik sau *elementele Koplik*, cum le numeşte Bing, sunt formate dintr'o *maculă* în centrul căreia se găseşte o *părticică albă.*

1. *Macula* e roză la început, roşie mai târziu, rotunzită sau neregulată ca formă; ea e redusă la început la un mic cerc în jurul petei albe, creşte apoi şi se uneşte repede cu maculele vecine. Cu toate că macula reprezintă una din părţile principale ale elementului Koplik, ea poate lipsi, în mod excepţional însă.

2. *Pata albă* e partea esenţială, patognomonică a elementului Koplik. Ea ocupă de obiceiu centrul maculei. La început opaline, aproape transparente, petele devin mai târziu albe-albăstrui; ele au forma unor puncte mai mult ori mai puţin neregulat rotunzite, de $0^{mm},2$ — $0^{mm},6$ dimensiune, după Slawyk, nedepăşind nici-odată un milimetru după Lorand. Puţin în relief pe mucoasă, aceste puncte sunt destul de aderente; ele se pot însă ridica ca o falşe membrană sgâriând uşor mucoasa cu o lanţetă sau cu unghia.

Petele lui Koplik se găsesc pe faţa internă a obrajilor şi pe faţa internă a buzelor, mai ales a celei inferioare. Sunt autori cari au descris asemenea pete pe bolta palatină, pe limbă, gingii, mucoasa pituitară, glanda lacrimală, conjunctiva palpebrală. Adevăratele pete ale lui Koplik însă nu se găsesc de cât pe faţa internă a obrajilor (Koplik, Bing), cu predilecţie în vecinătatea orificiului canalului lui Stenon şi pa mucoasa corespunzătoare premolarilor şi molarilor superiori şi inferioare, mai rar pe faţa internă a buzelor. Mucoasa pe care se găsesc petele are *un aspect mat;* acest aspect mat are o durată mai lungă de cât elementele cărora le serveşte de substrat.

Pentru ca semnul lui Koplik să fie observat, trebue să avem un ecleraj suficient. Cea mai bună lumină e aceea a zilei; în lipsa acesteia se poate întrebuinţa o lampă electrică sau o bună lampă cu alcool; cu lampa de petrol sau la lumânare vederea petelor e imposibilă.

Căutate zi cu zi din perioada prodromală a rugeolei, petele lui Koplik au următoarea evoluţie: ele apar cu 2—5 zile înaintea erupţiei cutanate, ating maximul de dezvoltare în ziua când apare exantemul pe faţă, încep apoi să descrească şi dispar în urmă destul de repede; în cazuri mai rare, petele pot apare odată cu erupţia şi mai rar după debutul erupţiei.

Durata lor e în termen mediu 2—6 zile.

La început macula e redusă la o mică areolă roză având aproape de mijlocul ei pata albă, opalină, aproape transparentă şi de obiceiu greu de observat;

A doua zi numărul petelor creşte, petele roze sunt mai întinse, a devenit puţin roşietice; petele albe sunt puţin în relief, opace, albe-albăstrui;

A treia zi maculele au aspectul unor placarde mari de culoare roşie separate prin formaţiuni mai mult ori mai puţin întinse de mucoasă cu aspect normal; pe aceste placarde se văd numeroase puncte albe; în sfârşit în ziua în care aceste elemente prezintă maximul de intensitate, faţa internă a obrajilor are un aspect mat, o culoare roşie şi e preserată cu numeroase puncte albe.

Numărul petelor lui Koplik e de obicei 6—20 după Slawyk pentru fie-care parte; pot fi însă câte-va sute, după cum se poate găsi şi numai una singură.

In ceea-ce priveşte aspectul lor, Slawyk le compară cu stropituri de var, Biedert şi Fischl cu praf de făină, Feer cu un gris foarte fin.

Un caracter important este că maculele se contopesc tot-deauna la un moment dat luând ast-fel aspectul exantemului obicinuit, pe când *punctele albe nu se contopesc nici odată;* ele îşi păstrează individualitatea în tot timpul duratei lor.

Un alt fapt important — şi care serveşte pentru diagnosticul diferenţial al elementelor Koplik — e că punctele albe cad de obicei fără a lăsa urme, ele nu se ulcerează nici odată.

După Koplik, Lorand, Slawyk, din punctul de vedere histologic petele albe sunt formate din celule epiteliale descuamate unele cu aspect normal, altele pe cale de degenerescenţă grăsoasă; se mai găsesc apoi resturi celulare, leucocite, câte-va globule roşii şi numeroase microorganisme fără caracter specific.

După Manicatide petele sunt formate de plăci de epitelii deslipite în parte. Epiteliile prezintă în parte degenerescenţa grasă, în cea mai mare parte însă au un aspect normal. Unele celule sunt mai umflate conţinând un bacil scurt, fin, în grupe, sau coci; între celule se văd câte-va flamente de ciuperci. Guérin spune că n'a găsit nici o urmă de degenerescenţă grăsoasă.

In ceea-ce priveşte *natura elementului Koplik*, el este după Bing identic cu enantemul morbilios banal; el diferă de acest enantem prin situaţiunea sa exclusiv pe mucoasa jugo-labială şi prin aspectul special pe care îl are aci descuamaţia epiteliului.

Cohn consideră punctele albe ca rezultatul unui proces catarал pe mucoasa bucală, proces care se însoţeşte de o descuamaţie epitelială superficială.

II. Valoarea semnului lui Koplik

Putem împărţi în două categorii părerile autorilor despre valoarea diagnostică a semnului lui Koplik:

1. Autori cari fac oare-cari rezerve în privinţa valoarei acestui semn şi
2. Autori cari îl consideră ca patognomonic.

Printre primii, sunt unii ca Comby, Cuénon, Müller, Michelazzi, Nicola, Rudel, Widowitz cari consideră semnul lui Koplik ca fără mare valoare prin faptul că au găsit une-ori acest semn şi în alte afecţiuni (gripă, scarlatină, rubeolă, variolă, angină foliculară, tuse convulsivă) pe când alte ori n'au găsit acest semn cu toate că rugeola era evidentă.

Marea majoritate însă a autorilor consideră semnul lui Koplik ca fiind patognomonic în pojar. Printre aceşti autori vom cita pe: Auerbach, Aronheim, Biedert şi Fischl, Brüning, Bendix, Bing, Cohn, Flindt, Falkener, Feer, Flamini, Guérin, Hlawa, Heubner, Koplik, Lidmanowsky, Libman, Mariotti, Manicatide, Monrad, Monti, Perkel, Pospischill, Pfaundler şi Schlossmann, Pacchioni, Rüdel, Rolly, SchickSteinhardt, Sippel, Slawyk, Sepet, Wickmann, etc.

Bing discută cu deamănuntul toate observaţiunile autorilor din prima categorie *(loc. cit. p. 74)*. Din această foarte interesantă discuţie, în detaliul căreia nu putem intra aici, rezultă că *nici una din aceste observaţiuni nu este convingătoare:* unii autori arată prin textul observaţiunilor, că nu cunosc bine semnul lui Koplik sau că-l confundă cu alte manifestaţiuni ca aftele, sau stomatita pultacee a lui Comby. Câte-va observaţiuni sunt cu totul insuficiente şi nici nu se pot discuta, lipsind ori-ce descripţie a simptomului; în altele diagnosticul de pojar nu este câtuşi de puţin dovedit. *Prin urmare nu este demonstrat până azi că semnul lui Koplik poate exista în afară de rugeolă.*

Un oare-care număr de autori (Ashby, Benitez, Comby, Criadoy Aguilar, Freeman, Gomez, Guinon, Landouzy, Mabbott, Variot etc.) contestă importanţa semnului lui Koplik *prin faptul că poate lipsi în rugeolă.*

Lipsa semnului lui Koplik în unele cazuri de rugeolă este un fapt incontestabil. Dar *această lipsă nu poate compromite valoarea semnului de cât dacă e frecuentă.*

In meningita tuberculoasă adesea-ori nu se găsesc bacili în lichidul cefalo-rachidian; căutarea hematozoarului în sângele palustrilor e adesea-ori sterilă; petele lenticulare lipsesc în unele cazuri de febră tifoidă — cu toate acestea nimenea nu contestă valoarea diagnostică a examenului lichidului cefalo-rachidian în meningită, a examenului sângelui în paludism, a petelor lenticulare în febra tifoidă. Un semn îşi perde numai valoarea *în mod relativ* dacă lipseşte prea adesea ori.

Dacă supunem la critică — după cum face Bing — diferitele observaţiuni de rugeolă în cari semnul lui Koplik a lipsit, se poate constata că multe din ele n'au nici o valoare. Intr'adevăr, nesocotind cazurile în cari semnul lui Koplik a fost declarat absent de către oamenii cari nu-l cunoşteau în deajuns (şi aceştia nu lipsesc), sau cari nu s'au pus în condiţiuni de lumină favorabile, mai sunt şi multe cazuri în cari examenul a fost insuficient, bolnavul nefiind cercetat zilnic.

In unele cazuri petele lui Koplik sunt precoce şi dispar chiar înaintea apariţiei exantemului; în alte cazuri ele sunt tardive şi coincid cu apariţia exantemului şi chiar pot apare după exantem (Pospischill). Adese-ori durata petelor e scurtă. Ast-fel că pentru a afirma lipsa petelor într'un caz anume, e indispensabil ca bolnavul să fi fost observat *cu atenţie, zilnic,* în perioada de invasiune precum şi în primele zile ale perioadei de erupţiune. In aceste condiţiuni e foarte rar ca semnul lui Koplik să fie absent. Bing cercetând toate observaţiunile cu Koplik absent, găseşte că numai 77 din ele sunt incontestabile (4 ale lui Rolly, una a lui Müller, 1 a lui Widowitz, 1 a lui Steinhardt). La aceste 7 cazuri putem să adăogăm o observaţiune din clientela privată a unuia dintre noi.

Observaţia 59. — Copilul *V. R.*, născut în 1903.

In ziua de 24 Februarie 1904 debutează o erupţie de rugeolă. Această boală a fost căpătată de la alţi copii bolnavi în casă. *Copilul a fost observat în toate zilele precedente şi nu s'a găsit de loc Koplik;* dar, fapt curios — n'a existat nici enantem al vălului palatin nici înainte, nici în timpul erupţiei. Coriza şi bronşita au apărut 3 zile după erupţie.

In ceea-ce priveşte prezenţa semnului lui Koplik în afară de rugeolă, nu putem să o confirmăm. De vre-o 8 ani de când cunoaştem acest semn, l'am căutat *sistematic* fie în clientela privată a unuia dintre noi, fie la Policlinica Aşezămintelor Brâncoveneşti; nici în *scarlatină,* nici în *rubeolă, nici mai cu seamă în gripă (deşi cazurile de gripă observate se numără cu miile),* n'am observat nici odată semnul lui Koplik.

In gripă am observat în câte-va cazuri o manifestaţie asemănătoare cu semnul lui Koplik, *falsele pete* a lui Koplik — asupra cărora vom reveni mai departe — acestea însă nu puteau fi confundate cu petele lui Koplik şi chiar prezenţa lor ne-a permis de a elimina rugeola şi de a pune diagnosticul de gripă.

Ceea-ce face importanţa semnului lui Koplik este că cu ajutorul acestui semn se poate afirma diagnosticul de rugeolă, une-ori în mod precoce ast-fel că în acest din urmă caz, se pot isola bolnavii de timpuriu.

In diagnosticul rugeolei semnul lui Koplik e patognomonic. Nu totdeauna rugeola se prezintă cu debutul obicinuit. Sunt cazuri în cari semnul lui Koplik se găseşte când încă nu există nici un fenomen cataral şi atunci numai prezenţa lui ne arată că avem aface cu o rugeolă. Chiar prezenţa fenomenelor catarale nu ne îndreptăţeşte totdeauna ca să zicem cu siguranţă că avem în faţa noastră o rugeolă şi nu o gripă.

Erupţia ne poate pune şi ea în încurcătură căci une-ori e greu să afirmăm că avem o erupţie rugeolică şi nu o erupţie de rubeolă, de scarlatină, erupţiuni gripale, erupţiuni septice, erupţiuni de natură gastro-intestinală ori medicamentoasă, erupţiuni consecutive injecţiilor de ser antitoxic etc. In nici una din aceste maladii nu se găseşte semnul, lui Koplik şi un grup de pete caracteristice pe faţa internă a obrajilor sau a buzelor ne permite de a afirma diagnosticul de pojar.

Următoarele observaţii ne arată în mod eclatant valoarea semnului lui Koplik când el e precoce:

Observaţia 1. — *V. Al.*, născut în Martie 1901, e prezentat la consultaţie pentru că n'are poftă de mâncare şi pare suferind. Nici un fenomen cataral; nu se găseşte nici enantem al vălului palatin; se observă însă petele lui Koplik şi se pune diagnosticul de pojar. După 2 zile un alt medic chiemat la bolnav afirmă că nu e nici un semn de rugeolă; a 3-a zi apar câte-va fenomene catarale şi a 5-a zi de la constatarea petelor lui Koplik, începe erupţia la faţă. Isolarea celorlalţi copii (în număr de 4) fiind făcută de la constatarea petelor, ei n'au căpătat rugeolă.

Observaţia 3. — *A. B.*, 14 ani. La 8 Februarie 1904 copilul are accidente de gastricism; mama atrage atenţia noastră asupra faptului că copilul a fost în contact cu câte-va zile mai înainte cu un copil atins de rugeolă. Nici un fenomen cataral; există însă Koplik. Copilul e pus la carantină şi în zilele de 9, 10, 11 n'a apărut nici un fenomen cataral, nici enantemul vălului. In seara zilei de 11, coriza şi lăcrimare; la 12 apare enantemul velului palatin şi la 13 apare erupţia pe faţă, după 5 zile deci de la apariţia petelor lui Koplik. Sora bolnavului fiind isolată de la început, n'a căpătat rugeolă.

Observaţia 5. — *E. M. B.*, născută în 10 Martie 1895. La 13 Decembre 1902 prezintă fenomene catarale: coriza, lăcrimare şi tuse. Aceste fenomene au durat şase zile şi chiar din ziua de 13 s'a notat prezenţa petelor lui Koplik dar erupţia n'a apărut de cât în ziua de 18.

Fratele bolnavei izolat de la început, n'a căpătat rugeolă.

Observaţia 23. — (A fost publicată în Revista „Ştiinţelor Medicale" sub titlul „2 forme anormale de rugeolă").

Dar fetiţă de 10 ani, a fost într'o şcoală unde exista rugeola; e trimeasă acasă cu o erupţie aproape generalizată pe corp. Această erupţie diferă însă de erupţia clasică a rugeolei prin faptul că nu există pe faţă şi nu e în relief. Fenomenele catarale lipsesc, enantemul asemenea. Febra 39°. Koplik lipseşte Concluzia: nu e vorba de rugeolă. Aceasta la 12 Aprilie 1907.

La 13, temp. 38°.4, erupţie palidă, apare Koplik.

La 14, după 2 zile deci, erupţia descreşte, febra cade la 37°.5, petele Koplik sunt încă mai pronunţate.

La 15 Aprilie apare enantemul vălului palatin, stomatita pultacee, coriza şi bronşita. Două zile în urmă apare erupţia tipică de rugeolă.

Prima erupţie nu era de cât un rash prerugeolic.

Observaţia 127. — *Nicolae S.* 5 ani. La 20 Iunie 1908 temp. 39°.3, nici catar al căilor superioare, nici enantem al vălului palatin, nici erupţie. Fundul gâtului roşu, amigdalele congestionate, petele lui Koplik foarte evidente. La 23 Iunie 1908 vine cu erupţie de pojar, erupţie ce apăruse cu o zi mai înainte.

Observaţia 133. — *Emilia V.* 5 ani. La 14 Noembre 1908 temp. 39°.6, catar ocular, erupţie de varicelă pe cale de dispariţie. Era logic de a se atribui temperatura varicelei; cu toate acestea existând pe faţa internă a obrajilor o erupţie tipică de pete ale lui Koplik, am putut afirma că e vorba de rugeolă şi, în adevăr, după 2 zile a apărut erupţia.

Observaţia 31. — *A. F.*, 14 ani (observaţie publicată în Revista Ştiinţelor med. 1907 p. 526). E vorba de o rugeolă frustă în care diagnosticul a fost pus înainte de erupţie graţie prezenţei petelor lui Koplik. Erupţia s'a arătat numai pe faţă. Fetiţa n'a avut de loc erupţie pe corp ast-fel că diagnosticul nu s'ar fi putut afirma în lipsa petelor lui Koplik. Fetiţa se contagionase de la 2 surori ale ei, atinse de rugeolă clasică.

Din aceste observaţiuni — şi am mai putea cita multe altele — se vede de ce mare folos e semnul lui Koplik în diagnosticul precoce al rugeolei.

Precocitatea semnului lui Koplik este apreciată în mod variabil de diferiţii autori. Cauza acestor divergințe este că în statistici nu se notează de obiceiu ziua de apariţie a semnului, ci ziua în care semnul a fost observat pentru prima dată. Pentru a cunoaşte exact momentul de apariţie al semnului Koplik, trebue ca bolnavii să fie observaţi zilnic chiar în perioada de incubaţie, ceea-ce în practică se realizează în mod excepţional. Totuşi Perkel, cu ocaziunea unei epidemii de rugeolă într'un serviciu spitalicesc, examinând zilnic gurile tuturor copiilor din serviciu, a putut întocmi următoarea statistică:

Semnul lui Koplik a apărut:

In prima zi de erupţie	1 dată
1 zi înainte de erupţie	de 7 ori
2 zile „ „ „	16 „
3 „ „ „ „	6 „
4 „ „ „ „	1 dată
5 „ „ „ „	1 „
6 „ „ „ „	1 „
Total	33 de cazuri

In mod excepţional semnul a fost constatat 6, 7 şi chiar 8 zile înainte de erupţie.

Când erupţia e bine apărută, semnul lui Koplik începe a se atenua și de obiceiu a dispărut cu totul a 3-a sau a 4-a zi după începutul erupției.

Această evoluție a semnului lui Koplik ne explică până la un oare-care punct divergințele în cifrele diferiților autori relative la frecuența acestui semn. Dacă copiii atinși de rugeolă sunt observați de vreme (ca în policlinici), se obține un procent de 100%, dacă observația a fost tardivă cum se întâmplă adese-ori în serviciile spitalicești, procentul va fi mai mic.

Procentele publicate variază între 100% și 55%. In statisticele cu procent mic, autorii nu țin seamă de momentul boalei, în care se găsește bolnavul.

Bing a făcut suma tuturor statisticilor, cuprinzând și pe cele cu totul defectuoase; adunând statisticile a 45 observatori, a ajuns la un număr total de 3.948 rugeole în cari semnul lui Koplik a fost găsit de 3.182 ori adică într'o proporție de 80.49%.

Care este valoarea semnului lui Koplik comparat cu celelalte semne precoce ale rugeolei?

Semnul lui Bolognini (senzație de frecare, de zăpadă strivită la palparea abdomenului) este cu totul inconstant și nimeni nu-i acordă azi vre-o valoare diagnostică.

Semnul lui Meunier (scădere în greutate în perioada prodromică) nu e practic de oare-ce necesitează cântărirea zilnică a bolnavului în perioada prodromică. Acest semn nu poate servi, se înțelege, de cât în cazuri de epidemii într'un serviciu de spital. Pe de altă parte nu e patognomonic scăderea în greutate putând fi pricinuită și de alte cauze.

Semnul lui Combe din Lausanne (hyperleucocitoza în perioda de incubație și hyperleucocitoza în perioda de exantem) e o metodă de laborator, necesitând o instalație specială și o mare pierdere de timp. Pe de altă parte nici acest semn nu e patognomonic.

Semnele clinice ale periodei de invasie: *febra, coriza, conjunctivită, laringo-bronșită, piqueteul velului palatin, stomatita pultacee a lui Comby*, sunt incontestabil semne de mare valoare, dar nici unul nu poate fi considerat ca patognomonic și de altmintrelea aceste semne sunt în majoritatea casurilor posterioare semnului lui

Koplik. Prin urmare semnul lui Koplik fiind singur patognomonic şi de obiceiu apărând de timpuriu, este cel mai sigur simptom precoce al rugeolei, pe care îl posedăm până acum.

Diagnosticul diferenţial al petelor lui Koplik

Petele lui Koplik, când sunt tipice, oferă un aspect atât de special în cât nu se pot confunda cu nimic, cel puţin pentru cei cari le-au văzut odată şi cari au obiceiul a le căuta.

Totuşi în unele casuri ele nu sunt caracteristice şi observatorul poate rămâne la îndoială asupra presenţei lor. Aceasta se întâmplă une-ori la debutul evoluţiunei petelor când n'au dobândit încă toate caracterele lor, sau la sfîrşit când sunt pe cale de dispariţie. In aceste cazuri indoelnice *aspectul mat* al mucoasei este de mare ajutor şi trebue tot-deauna să atragă atenţiunea medicului, îndemnându-l a căuta cu mare băgare de seamă prezenţa petelor lui Koplik.

Căutarea elementelor lui Koplik mai poate fi foarte dificilă când copilul prezintă în acelaşi timp muguet, sau când e vorba de o mucoasă neîngrijită la un copil cu afte sau cu dinţi cariaţi.

După unii autori petele lui Koplik ar putea fi confundate cu *particule de lapte aderente pe mucoasa bucală*. Nimic nu e mai uşor de cât de a evita această eroare, ştergând uşor mucoasa cu un tampon de vată: petele lui Koplik sunt foarte aderente şi numai printr'o frecare energică a mucoasei s'ar putea deslipi.

Petele de muguet au cu totul alt aspect: se găsesc pe toată mucoasa bucală, sunt de coloraţie albă lăptoasă şi formează plăci întinse. Petele mici sunt de formă foarte neregulată şi lipsite de areolă. Examenul microscopic permite dealtmintrelea tot-deauna de a stabili diagnosticul.

Stomatita eritemato-pultacee a lui Comby constă într'un „deposit epitelial opalin sau alburiu, foarte subţire, foarte uşor de ridicat cu unghia", deposit care acoperă mai cu seamă gingiile umflate şi roşii, dar nesanguinolente. Semnul acesta este inconstant şi puţin precoce. El apare de obiceiu la sfîrşitul perioadei de invasie. Chiar Comby mărturiseşte că e foarte puţin patognomonic. El se poate observa în oreillon, în gripă, în eritemele serice, în scarlatină (Bing) şi chiar în rubeolă (Monrad).

Diagnosticul cu petele lui Koplik e de obiceiu ușor: Stomatita lui Comby e constituită printr'o placă continuă pe când, cum am văzut, elementele Koplik, chiar când sunt îndeșite nu confluează nici odată. Afară de aceasta, localizația e cu totul deosebită, stomatita lui Comby își are sediul în șanțul gingivo-labial.

Sub numele de *perle epiteliale ale mucoasei labiale și bucale*, Koplik, descrie niște puncticele cari se văd în partea infero-posterioară a mucoasei jugale. Une-ori izolate sau în număr mic, ele au o colorație gălbue și sunt mai mari ca petele lui Koplik, n'au areolă roșie și sunt situate sub epiteliu. Caracter esențial: existența lor nu e trecătoare, ele persistă fără schimbare un timp indefinit. Caiger crede că sunt congenitale.

Tot Caiger a văzut făcându-se confuzie între petele lui Koplik și orificiul puțin congestionat al canalului lui Stenon. Eroarea aceasta nu se poate admite pentru ori-cine a văzut odată petele lui Koplik.

In fine, la Policlinica Așezămintelor Brâncovenești avem obiceiul de a desemna sub numele de *false pete ale lui Koplik* o manifestație, care pentru un observator novice ar putea fi confundată cu semnul lui Koplik.

E vorba de niște pete mici, totdeauna puțin numeroase, adesea ori unilaterale, cari au acelaşi sediu ca petele lui Koplik și sunt împrejmuite de o areolă roșietică.

Când le-am constatat era vorba totdeauna de gripă. Prezența febrei și a catarelor mucoaselor, contribuiau încă la confuzia posibilă cu petele lui Koplik. Aceste pete se deosibesc de elementele lui Koplik prin următoarele caractere: ele sunt de colorație gălbue, de dimensiune mai mare și dacă le ridicăm vedem că acoperă o erosiune superficială a mucoasei. Durata lor e scurtă: după vre-o 24 ore dispar și lasă une-ori în locul lor o mică sufusiune hemoragică. Asemenea pete au fost văzute de Bing care le descrie într'o notă din pag. 62 a tezei sale.

Confuzia petelor lui Koplik cu *aftele* sau cu elementele de *varicelă* e ușoară de evitat.

In tabloul următor dăm statistica noastă relativă la petele lui Koplik.

Primele 70 cazuri și cele 8 din urmă reprezintă statistica din clientela privată a unuia din noi, cele-l'alte au fost observate la Policlinica Așezămintelor Brâncovenești.

No. curent	Numele bolnavului	Vârsta	Câte zile înainte de erupţie a fost observat semnul lui Koplik
1	V. Alex.	7 ani	5 zile
2	A.	2 "	erupţie generalis. Koplik
3	A. B.	14 "	5 zile
4	B.	8 "	erupţie generalis. Koplik
5	E. M. B.	7 "	6 zile
6	Zoe B.	5 "	erupţie cu Koplik
7	L. B.	7 "	" " "
8	Alex. B.	6 "	" " "
9	Adr. B.	7 "	" " "
10	Dumitru Capo.	8 "	" " "
11	E. Cat.	14 "	" " "
12	M. "	12 "	o zi
13	D. "	8 "	4 zile
14	Radu C.	6 "	erupţie şi Koplik
15	Jean C.	8 "	" " "
16	D. C.	2 "	" " "
17	M. C.	3 "	" " "
18	G. C.	4 "	" " "
19	Radu Cost.	9 "	o zi
20	Dumitru Cost.	7 "	erupţie şi Koplik
21	Har. Cost.	9 "	" " "
22	A. C. Cost.	5 "	" " "
23	Dar.	10 "	4 zile
24	Mar. Diam.	8 "	3 "
25	C. Diam.	4 "	erupţie şi Koplik
26	Mihail Diam.	2 "	3 zile
27	M. A. Dum.	8 "	erupţie şi Koplik
28	A " "	6 "	" " "
29	A. Fil.	1 an	" " "
30	M. "	3 ani	" " "
31	A. J. F.	14 "	o zi (rugeolă frustă)
32	Lucia G.	4 "	erupţie şi Koplik
33	Ulpiu H.	1 an	o zi
34	Marin H.	$1^1/_2$	" "
35	Mihail H.	3 ani	" "
36	C. N. H.	2 "	erupţie şi Koplik
37	Alex. N. H.	1 an	" " "
38	Car.	1 "	" " "
39	Andr.	2 ani	" " "
40	Elena L.	12 "	" " "
41	Lucia L.	11 "	" " "
42	G, L.	8 "	" " "
43	Viorica M.	6 "	" " "
44	A. Mor.	2 "	o zi
45	D. "	1 an	" "
46	Y. "	3 ani	" "
47	L. "	5 "	" "
48	Ernst. H.	3 "	erupţie şi Koplik
49	M. Pan	5 "	" " "
50	E. "	12 "	" " "

No. curent	Numele bolnavului	Vârsta	Câte zile înainte de erupţie a fost observat semnul lui Koplik
51	M. L.	2 ani	erupţie şi Koplik
52	Y. „	6 „	„ „ „
53	R. Popescu	2 „	„ „ „
54	M. „	5 „	Koplik lipseşte de şi erupţia a apărut pe faţă
55	R. M.	3 „	2 zile
56	F. N.	7 „	erupţie şi Koplik
57	J. Os.	3 „	„ „ „
58	A. „	6 „	„ „ „
59	V. R.	1 an	examinat zi cu zi, nu s'a găsit Koplik
60	Maria R.	9 ani	erupţie şi Koplik
61	Gh. R.	1 „	„ „ „
62	Florica R.	4 „	„ „ „
63	N, R.	10 „	„ „ „
64	Maria S.	7 „	2 zile
65	Elisa S.	5 „	erupţie şi Koplik
66	N. R.	6 „	2 zile
67	Elena S.	10 „	erupţie şi Koplik
68	Em. S.	11 „	2 zile
69	Maria S.	11 „	erupţie şi Koplik
70	I. T.	3 „	„ „ „
71	Alex. St.	3 „	o zi
72	Sabina F.	2 a. $^1/_2$	2 zile
73	Albert B.	1 a. 3 l.	erupţie pe faţă, Koplik prezent
74	Dumitru C.	2 ani	erupţie fără Koplik
75	Fănică B. P.	4 „	4 zile
76	Steliana St.	5 „	2 zile
77	Alexandrina N.	3 „	erupţie fără Koplik
78	Maria St.	3 a. $^1/_2$	o zi
79	Roza G.	5 ani	o zi
80	Domnica P.	2 a. $^1/_2$	erupţie fără petele lui Koplik
81	Maria L.	5 ani	3 zile
82	Alexandru I.	6 „	5 zile
83	Ionel B.	7 „	2 zile
84	Vasilica P.	7 „	o zi
85	Ida L.	3 „	2 zile
86	Aretina L.	1 a. $^1/_2$	2 zile
87	Ion P.	5 ani	început de erupţie, Koplik în regresie
88	Heinrich G.	7 „	erupţie fără Koplik
89	Constanţa M.	1 a. $^1/_2$	o zi
90	Maria N.	7 ani	erupţie fără Koplik
91	Sofia A.	1 an	4 zile
92	Ioana N.	5 ani	erupţie pe faţă fără Koplik
93	Abram B.	1 an	4 zile
94	Alexandru D.	8 ani	2 zile
95	Marin I.	9 „	o zi
96	Victor P.	1 an	o zi
97	Constantin Z.	5 a. $^1/_2$	2 zile
98	Mihalache I.	8 ani	erupţie pe faţă, Koplik prezent
99	Vasile C.	1 an	o zi
100	Dumitru I.	8 ani	erupţie şi Koplik

No. curent	Numele bolnavului	Vârsta	Câte zile înainte de erupţie a fost observat semnul lui Koplik
101	Florica I.	5 ani	erupţie şi Koplik
102	Nicolae F.	3 a. $^1/_3$	erupţie pe faţă, Koplik prezent
103	Aneta G.	7 ani	o zi
104	Sofia G.	2 a. $^1/_2$	o zi
105	Aneta S.	5 ani	3 zile
106	Petrică C.	6 a. $^1/_2$	2 zile
107	Thoma N.	7 ani	erupţie şi Koplik
108	Dora E.	4 „	erupţie pe faţă, Koplik prezent
109	Ştefana R.	2 „	erupţie şi Koplik
110	Fănică D.	6 a. $^1/_2$	2 zile
111	Suzana M.	2 a. $^1/_2$	2 zile
112	Despina S.	2 ani	erupţie pe corp fără Koplik
113	Liseta M.	5 a. $^1/_2$	erupţie şi Koplik
114	Maria B.	3 ani	erupţie şi Koplik
115	Dumitru C.	4 „	o zi
116	Vili E.	1 an	o zi
117	Tudoriţa A.	4 ani	erupţie şi Koplik
118	Berta F.	1 an	2 zile
119	Nicolae Georgescu	3 ani	erupţie pe faţă, Koplik prezent
120	Ana E.	7 „	o zi
121	Elena I.	8 „	erupţie pe faţă şi piept, Koplik în regresie
122	Margareta C.	7 a. $^1/_2$	erupţie şi Koplik
123	Gheorghe M.	1 an	„ „ „
124	Gh. D.	10 luni	„ „ „
125	Gh. B.	7 a. $^1/_2$	erupţie de o zi, Koplik foarte intens
126	Nicolae P.	2 a. $^1/_2$	erupţie şi Koplik
127	Nicolae S.	5 ani	2 zile
128	Maria G.	5 „	erupţie pe faţă, Koplik prezent
129	Constantin L.	4 „	erupţie şi Koplik
130	Verginica N.	1 a. $^1/_2$	2 zile
131	Nicolae P.	2 ani	3 zile
132	Eugenia M.	11 luni	erupţie şi Koplik
133	Emilia V.	5 ani	2 zile
134	Marin G.	3 „	o zi
135	Constanţa L.	4 „	4 zile
136	Alexandru G.	8 „	erupţie pe faţă, Koplik
137	Ion M.	8 „	erupţie pe faţă, Koplik prezent
138	Theodor G.	10 „	o zi
139	Mihail G.	8 „	4 zile
140	Marioara P.	8 „	erupţie, Koplik lipseşte
141	Nicolae P.	6 „	„ „ „
142	Eugenia P.	3 „	„ „ „
143	Alexandru P.	2 „	„ „ „

In total deci am examinat 143 cazuri de pojar şi am găsit semnul lui Koplik *de 130 ori,* dintre cari: de 71 ori odată cu erupţia; de 25 ori cu o zi înainte de erupţie; de 18 ori cu 2 zile înainte de erupţie; de 5 ori cu 3 zile înaintea apariţiei erupţiei;

de 6 ori cu 4 zile; de 4 ori cu 5 zile şi odată cu 6 zile înainte de a apare erupţia.

Din restul de 13 cazuri, în 8 cazuri n'am găsit Koplik cu toate că erupţia apăruse: n'am putut însă face examenul de la începutul maladiei. In cazul cu No. 59, precum şi în cele 4 din urmă cazuri din statistică, nu s'a găsit Koplik; cu toate că copii au fost observaţi zilnic cu câte-va zile înainte de erupţie.

E de remarcat că la aceşti 5 copii cu Koplik negativ n'a existat nici enantem al vălului palatin, nici stomatita pultacee.

Pe de altă parte fiind dată coincidenţa a 4 cazuri de Koplik în aceeaşi familie, ne putem pune întrebarea dacă nu cum-va există epidemii de rugeolă fără Koplik, ceea ce ar explica statisticile unor autori nefavorabile semnului.

Din această statistică şi din observaţiunile date mai sus se vede că semnul lui Koplik este aproape constant în rugeolă. In unele cazuri, în cari am putut examina copilul de la început, din perioda prodromală, am găsit semnul lui Koplik cu 3, 4, 5 chiar cu 6 zile înainte de apariţia erupţiei; şi dacă în majoritatea cazurilor din observaţiunile noastre petele lui Koplik sunt notate ca contimporane cu erupţia sau o precedă abia cu o zi, aceasta e datorită faptului că copilul nu ne-a fost adus mai de timpuriu.

Când l'am găsit înainte de erupţie, am afirmat totdeauna că erupţia va apare în curând şi nici odată n'am fost înşelaţi în această prezicere: în cazurile în cari semnul s'a putut observa în mod foarte precoce, am putut realisa cu succes izolarea celor-lalţi copii.

Concluziuni

1. *Semnul lui Koplik* este semnul cel mai sigur şi cel mai precoce al rugeolei.

2. Prezenţa lui ne permite de a afirma diagnosticul de rugeolă; acest semn n'a fost observat nici de noi, nici de majoritatea autorilor în vre-o altă maladie afară de rugeolă.

3. Lipsa lui nu permite de a elimina în mod absolut rugeola de oare-ce acest semn poate fi trecător şi poate chiar — în mod excepţional — să lipsească cu desăvârşire.

4. *Semnul lui Koplik* în majoritatea cazurilor coexistă cu fenomenele periodei catarale.

5. Une-ori acest semn precedă toate cele-l'alte simptome şi atunci pe lângă că permite de a face diagnosticul precoce al ru-

geolei, ne dă şi posibilitatea de a izola cu succes bolnavul la o perioadă, în care contagiositatea nu există încă.

6. Chiar când *semnul lui Koplik* nu e precoce, ci apare în acelaşi timp cu fenomenele catarale, sau chiar cu erupţia, el are totuşi o mare valoare diagnostică întru cât permite de a face diagnosticul diferenţial al rugeolei cu gripa şi cu alte eriteme morbiliforme, diagnostic une-ori imposibil fără acest semn.

BIBLIOGRAFIE (¹)

1. **Adams** (S. S.).—In: Ancheta lui *Maryland Med. Journ:* Articol colectiv, (21) p. 93.

2. **Adriance** (V.). — Statistics of an épidemie of measles, including the observation of Koplik's spots. *Acad. de med. de New-York* 11 janv. 1900. Anal. in *Arch. of Pediatrics*, New-York, fév. 1900 p. 115-118.

— In: Ancheta lui *Maryland Med. Journ.* Cf. Articol colectiv (21), p. 93.

3. **Agéon** (P.).—Contribution à l'étude des complications bucco-pharyngées de la rougeole chez les enfants. Th. Paris 1904 p. 30-31.

4. **Aldrich.** — *Cleveland Med. Gaz.* déc 1899 Anal. in *Med. News*, New-York 20 janv. 1900 p. 104.

5. **Allen** (Ch. W.). — Impressions and conclusions based upon a study of five thonsand cases of skin diseases treated during the year. *Amer. Dermat. Assoc.* 1-és juin 1898, et *Med. Record*, New-York, 22 Oct. 1898 p. 581-583.

— The practitioners manual, New-York 1898. W. Wovdaud Co., pp. 112, 319, 689.

6. **Anony** — Koplik's diagnostic sign of measles. *Med. and Surg, monitor.* 15 juill. 1898. Anal. in *New-York med. Journ.*, 30 juill. 1898, p. 171.

— Koplik's spots in measles, *Med. News*, New-York, 3 juin 1899, No. 22 p. 695-696.

— The field of clinical observation and another sign of measles, *Med. News*, New-York, 3 juin 1899, No. 22 p. 696.

— La bibliographie médicale à la fin du dix-nuvième siècle. *Sem. Med.* Paris, 28 juin 1899, p. 217.

— The first sign of measles. *Lancet*, 8 juil 1899, II p. 110.

— Early diagnostic of measles. *Pediatrics*, New-York and London, 1-er oct. 1899, p. 306-307.

— Koplik's sign in the sarly diagnosis of measles, *New-York Med. Journ*, 4 nov. 1899, p. 679.

— Koplik's sign. *Maryland med. Journ.* Baltimore, fév. 1900. No. 2, p. 107-108.

— Diagnostic value of „Koplik's spots" *Med. News*, New-York, 17 fév. 1900, p. 264-265.

---

(1) Această bibliografie e extrasă în cea mai mare parte din teza lui **Bing** şi complectată de noi cu autorii cari au scris asupra petelor lui **Koplik** de la 1905 încoace.

— Koplik's sign in the diagnosis of measles. *Charlotte Med. Journ.* Charlotte (N. C.) mars 1900, No. 3.

— Buccal spots in the diagnosis of measles. *Lancet,* London, 2 fév. 1900. I. p. 347.

— La Rougeole. *Monde Med.* Paris, sept. 1903, p. 4.

— Koplik's spots in measles. *Med. Pressand Circular,* London, 20 janv. 1904, p. 67-68.

7. **Aronheim.** — Sind die Koplikschen Flecken ein sicheres Arühsymptom der Masern? *Münch. med. Wochenschr.* 14 juillet 1903, No. 28, p. 1209-1210.

— Acelaș titlu (corespondență) *Münch. Med. Wochenschr.* 15 sept. 1903, No. 37, p. 1616.

8. **Articol colectiv** — Koplik's sign in the diagnosis of measles. Collective Testimony (Adriance, Adams, Blackader, Blanton, Cameron, Cotton, Cheney, De Saussure, Gilbert, Hirsh, Libman, Lichtenstein, Mitchell, Morse, Ross, Sobel, Taylor, West, Zabriskie, Zahorsky, Koplik). Illustrated. *Mauylard. Med. Journ.* Baltimore. fév. 1900, No. 2, p. 93-99.

9. **Ashby.** — Discuss, după communic. lui Caiger (43) p. 594.

10. **Auerbach.** — Asupra semnului lui Koplik în diagnosticul precoce al morbililor. *Teză pentru doctorat în med. și chir.* Iași 1902.

11. **Bacaloglu.** — Les maladies observées à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris (Pavillon des Douteux) depuis la 1-er mars — 1-er semptembre *Rev. de méd.* janv. 1902, p. 38-43 et fév. 1902, p. 190-191.

12. **Baginsky** (A). — Lehrbuch der Kinder Krankheiten 6-e edit., Braunschweig 1899. Fr. Wreden. pp. 162, 164-165.

— Communicație personală lui Bing.

13. **Balme** (H). — The signs and symptoms of measles in relation to diagnoris and prognosis, *Practitioner.* London 1904, p. 504-516.

14. **Baumler** (Ch). — Roetheln. Differential Diagnostic der acuten Exantheme. *Deut. Klin. am Eingange des 20-en Jahrhundert,* Berlin und Wien, 1903, Urban und Schwarzenberg, II, p. 590.

15. **Belfaedel** (A. A.). — Osservazioni sopro un epidemia di morbillo, *Gaz d. osped.,* Milano, 19 nov. 1899, No. 139, p. 1479-1480.

16. **Bendix** (B.). — Lehrbuch der Kinderheilkunde, 3-e édit., Berlin, 1903, Urban und Schwarzenberg, pp. 540, 541 et 571.

17. **Benitez.** — Valor que debe darse en la actualidad a los signos en que se funda el diagnostico clinico precoze del sarampiòn, *Oto rhino lar espan.* Madrid 1900.

18. **Biedert und Fischl.** — Lehrbuch der Kinderheilkunde 1902, p. 679.

19. **Bielski** (A. P.). — In: Protocolele societ. medic. din Pskow, 1890.

20. **Bing** — Les taches de Koplik, *Thèse de Paris* 1905.

21. **Biro** (J.). — Die diagnose acuten Exantheme (în ungurește). Budapesta 1 Martie 1903, No. 9.

22. **Biss** (H. E. J.). — Koplik's spots in measles. *Med. Press and Circular.* London, 1904, p. 133.

23. **Blackader** (A. D.). — In: Ancheta lui *Maryland Med. Journ.* Cf. Articol colectiv (21), p. 93.

24. **Blanton.** — Idem.

25. **Bohn.** — Art. „Masern“, in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1877, p. 301-302.

26. **Bond** (C. K.). — Measles in second attack, and German measles: differential diagnosis. *British Med. Journ.* 18 janv. 1902, p. 142.

27. **Bonsdorff** (A. von). — Om det Fillatow. Koplik'ska symptomet vid onvessling. Helsingfors 1898. *Finska loe Karesvellskapets. Handliugar.*

28. **Brunard** (A.). — Traitement et prophylaxie de la rougeole et de ses complications. *Clinique,* Bruxelles 1904, p. 981-986.

29. **Bruning** (H.). — Ueber die Bedeutung der Koplikschen Flecke für die diagnose und die Differential diagnose der Masern *Deut. Med. Wochenschr.* 1905, No. 10.

30. **Burgess** (I. J.). — A case of unusually severe measles in an adult. Secondattack. *Trans. Roy. Acad.* of *med.* in *Ireland.* Dublin 1903.

31. **Caiger** (F. F.).— Art. „Measles“ in W. H. Alchinn. London 1900, vol. I.

— Three clinical lectures on the differential diagnosis and prognosis of the common infections diseases. *Clinical Journ.* London 1901.

— Discussion on the early diagnosis on the acute specific fevers. *Brit. med. Journ.* 1901.

32. **Cameron** (J. C.). — In: Ancheta lui *Maryland med. Journ.* Cf. Articol colectiv (21) p. 93.

33. **Caplan** (Anna). — Beobachtungen über Masern. *Inaug. Dissert* Zürich, 1904.

34. **Carr** (W. L.).— A report on cases of measles. *Amer. Pediat. Soc.* 1898, vol. 10, p. 194.

— Scrisoare la Med. News asupra semnului lui Koplik *Mcd. News.* New-York 1899.

35. **Castelli** (E.). — The sign of „Koplik“ in the diagnosis of measles. *Boston med. and Surg. Journ* 1902.

36. **Cazal.** — Du diagnostic précoce de la rougeole. *Anu. de la Policlin. de Toulouse* 1899 et *Gaz. des hôp.* 1899.

37. **Cheney** (W. F.). — In: Ancheta lui *Maryland Med. Journ.* p. 94.

38. **Cioffi** (E.). — Contributo alla patologia del morbillo. *Gazz. d'osped.* Milano, 18 mars 1900.

39. **Clayton** (G. R.).— The buccal eruption of measles, *Med. Record* 1898.

40. **Cohn** (M.). — Bemerkungen zum Koplik'schen Frühsymptom der Masern *Therap. Monatschr,* Berlin 1899.

41. **Collet** (F. G.). — Précis de pathologie interne.

42. **Comba.** — Settimana medica dello Sperimentale 1899.

43. **Combe.** — Sur un nouveau signe de la rougeole à la periode d'incubation *Arch. de méd des Enfants* 1899.

44. **Comby.** — Traité des maladies de l'Enfance 1902.

— Articol rougeole în Grancher-Comby. Traité des maladies de l'Enfance, Paris 1904.

45. **Concetti** (L.). — L'insegnamento della Pediatria in Roma. Quarto rendiconto statistico-clinico del biennio 1900-1901 e 1901-1902-1903. Roma 1903. Centenari, p. 37-38.

— In: Discuss. după communic. lui Pacchioni. 173.

46. **Cotter.** — A report of one hundred and eighty-seven cases of measles

with reference to Koplik's spots and their value in diagnosis. *Arch. of. Pediatrics*, New-York 1900.

47. **Cotton** (A. C.)— In: *Ancheta lui Maryland Med. Journ.* Art. coll. p. 94.

48. **Covoni** (G.) — Del fenomeno di Koplik. *Corriere san.* Milano 1900.

49. **Cozzolino** (G.) — Osservationi sulla durata dell'incubazione, sull'andamento della temperatura et sul valore diagnostico della machie di Koplik nel morbillo. *La pediatria*, Napoli 1904, Nr. 11.

50. **Couénon.** — L'énanthème de la rougeole. *These de Paris* 1906.

51. **Craik** (R.) — Measles, German Measles, and the „Fourth disease". *Lancet.* 1900.

52. **Criado Y. Aguilar.** — Traité théorique et pratique des maladies de l'enfance. Trad. din span. Paris 1905.

53. **Dieulafoy.** — Manuel de pathologie interne. Paris 1904.

54. **Dillingham** (F. H.) — Rubella. *Amer. Medicine.* Philadelphia 1903

55. **Ehrnrooth.** — In: von Bonsdorff (39) p. 1069.

56. **Ersche** (F.) — Uber Rubeola. Nach Beobachtungen in der medizinischen Klinik zu Freiburg. *Inaug. Dissert.* Freiburg 1901.

57. **Escherich** (T.) — Communic. personelle lui Koplik Cf. Koplik (132) p. 637.

58. **D'Espine et C. Picot.**— Traité pratique des maladies de l'Enfance, Paris 1899.

59. **Falkener.** — *Lancet*, 1901.

60. **Feer** (E.)— Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern. *Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte* 1901, No. 23.

61. **Fels** (J.) — Erfahrungen aus einer Masernepidemie. *Wien. Med.* Presse. 1904, No. 38.

62. **Filatow** (A. N.) — Acute Infectionskrankheiten 1895, p. 349.

63. **Filè-Bonazzola.** — In: Le malattie dei Bambini nel Pedocomio di Milano, Rendicanto clinico e statistico del biennio 1899-1900, 1900-1901 Milano 1901.

64. **Finkelstein.**— Communic. despre semnu lui Koplik la „Gesellsch. der Charité aerzte" 9 dic. 1897; in: *Berl. Klin. Wochenschr.* 1898.

65. **Fiori** (T.) — Un caso di transsmisione di morbilo dalla madre al feto *gazz. d'osped.* Milano 1900.

66. **Fischl** (R.) — Einiges über Fortschritte, în der Erkenntnis und Behandlung der acuten Infectionskrankheiten. *Prag. med. Wochenschr.* 1900 et *Med. Chir. Central Blatt,* Wien 1900.

67. **Flindt** (N.) — Moeslingecpidemien paa Samsoe 1878; in: medicinalberetning for kongeriget Danmark for Aaret 1878, Udgiven af det Sundhedskollegium. vel Emil madsen. Kfocbenhavn 1878. C. A. Reitles p. 199-234.

— Communic. person. în tez. Bing. Historique p. 14, 16, 18.

68. **Flamini.** — Die Koplik. Flecken. *Rev. di Clin Pediatr.* juin.

69. **Forchheimer** (F.) — Discuss. după communic. lui Forchheimer însuşi: The enanthem of german measles. *Transact. of. the Anur. Ped. Soc.* 1898 vol, X et *Arch. of. Pediatries* New-York, oct. 1898, p. 731.

70. **Freeman** (R. G.) — Discuss. după communic. lui Adriance.

71 **Fruhwald.** — Kompendium (F.) der Kinderkrankheiten. Leipzig 1904.

72. **Fruitnight** (J. H.)—Discuss. după communic. lui Forcheimer (85) p. 730.

— Scrisoare la Med. News asupra semnului lui Koplik. *Med. News*, New-York 1899.

73. **Genersich** (A.) — Discuss. după communic. lui Loewy (151).

74. **Gerhardt.** — Zur Geschichte der Munderkrankung Masernkranker. *Jahrb f. Kinderheilk.* Leipzig 1899.

— Lehrbuch der Kinderkrankheiten, Tübingen 1881.

75. **Gerloczy** (S.) — Discuss. după communic. lui Loewy (151).

76. **Gernsheim.** — Discuss. după communic. lui Selteer (194 bis).

77. **Gilbert** (R. B.) In: Ancheta lui *Maryland med. Journ.* Art. coll. p. 94.

78. **Gillet** (H.) — Les signes précoces de la rougeole. *Revue gén. de clin. et de thér. (J. des Pratic)* 1898,

— Diagnostic précoce de la rougeole. aceiaşi publicat 1901.

79. **Gomez** (F.) — Communication acerea de la epidemia actual del sarampion *Rev. de med. J. cir. practicas,* Madrid 1903.

80. **Goodall** (E. W.) — Discus. după communic. lui Caiger (43) p. 549.

81. **Griffitti** (J. P. C.) — Scrisoare an Med. News, asupra semnului lui Koplik. *Med. News.* New-York 1899.

82. **Guérassimow** (N. I.) — La desquamation furfuracée de la muqueuse buccale, comme signe précoce de la rougeole. *Soc. de méd. infant. de moscon* 1901.

83. **Guérin** (Ch.) — Contribution à l'étude clinique de la bouche dans la rougeole. *Thèse de Paris,* 1904.

84. **Guinon** (L.) — Erithème morbilliforme sérothérapique avec stomatite pultacée *Bull. Soc. de Péd. de Paris* 1900.

85. **Guinon.** — Stomatite érythémato-pultacée sans rougeole. *Aceiaşi publicat,* 1901.

— Art. „Rougeole" in: Traité de médecine, lui Bouchard et Brissaud, Paris 1899.

— Ce que valent les signes prodromiques precoces de la rougeole *Rev. mens. des mal. de l'enf.* 1901 şi *gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1901.

86. **Gulland.** — Infections fevers. *Practitioner,* London 1899.

87. **Hainiss** (G.) — A Kanyaro (Rugeola), Gyogyaszat, Budapest 1904, Anal. in *Pest. med. chir. Presse,* sept. 1904.

88. **Hall** (A. L.) — Mucous membrane eruption in measles. *Med. News.* New-York 1898.

89. **Havas** (L.) — Ueber das Koplik'sche Frühsymptom bei masern, *Wien. med. Presse* 1899 şi *Orvosi Hetilap* Budapest 1899.

90. **Henoch** (E.) — Vorlesungen über Kinderkrankheiten, Berlin 1899.

91. **Hermann.** — Discus. după communic. lui Adriance.

92. **Heubner** (O.) — Communic. person. lui Koplik. Cf. Koplik (132) p. 673.

— Masern. *Dent. Klin. am Eingange des 20 teu Jahrundert,* Berlin-Wien. 1912.

— Lehrbuch der Kinderheilhunde. Leipzig 1903.

93. **Hirsh** (J. L.) — A contribution to the signifiance of Koplik's spots in the diagnosis of measles. *Philadephie M. Journ.* 1900.

— In: Ancheta of *Maryland med. Journ.* Cf. Art. coll. (21), p. 94-95.

94. **Homan** (G.) — Observations on certain early diagnostic signs in measles. *Med. Fortnightly,* Saint-Louis 1900.

95. **Howland** (J.) — Discus. după communic. lui Adriance.

96. **Hukiewicz** (B.) — Über Masernn Scharlach Faelle. Jahrb. f. Kinderheilk. Berlin 1904.

97. **Hlawa.** — Sur la nature des taches de Koplik dans la rougeole (communic. an 1-ème congrès internat. de méd. Lisbona 1906) *Presse médicale* 1906. p. 283.

98. **Jablokow** (N. V.) — Discus. după communic. lui Guerassimow.

99. **Jacobi** (A.) — Discus. după communic. lui Forchheimer (85)

100. **Jurgensen** (Von). — Art. „Masern", in *Nothnagel's Spec. Pathol, und Ther.* Wien 1895.

101. **Kaczer** (M.) — Aus der Landpraxis. Recidive Morbilli. *Pest. Med. Chir. Presse*, 8 nov. 1903.

102. **Kardamate.** Asupra câtor-va semne clinice permiţând diagnosticul precoce în morbili Ιατρίλή Λοοδος Σύρου 1900.

103. **Katzenbach** (W. H.) — Scrisoare la „Med. News" asupra semnului lui Koplik, *Med. News*, New-York, 10 juin 1899.

104. **Ker** (C. B.) — Infections diseases. *Practioner*, London 1911.

— Scarlet Feber, measles and german measles. Is there a Fourth Disease? Aceiaşi public.

105. **Kissel** (A. A.) — Discus. după communic. lui Guerassimow (101).

106. **Knöspel** (L.) — Ueber das Koplik'sche Frühsymptom bei Masern. *Prag. med. Wochenschr.* 1898, No. 41-42.

107. **Koplik.** — The diagnosis of the invaris of measles from a study of exanthema as sit appears on the buccal mucous membrane. *Arch. of. Pediatrics,* New-York 1896.

108. **Koplik**—A new diagnostic sign of measles. *Med. Record.* New-York, 1899.

— The new diagnostic spots of measles on the buccal and labral mucous membrame. *Med. News.* New-York 1899.

— Răspuns lui Aldrich. Extract în *Med. News,* New-York 1900.

In: Ancheta lui *Maryland Med. Journ.* Cf. Art. col. (21) p. 99.

— Roetheln. Its differenciation from measles or scarlet fever. *Journ. of the amer. med. assôc.* Chicago 1900.

— Roetheln. Beitrag zur genauerm Unterscheidung der Rotheln von Masern oder Scharlach, *Arch. f. Kinderheilk,* Stuttggart, 1900.

— The diseases of infancy and childhood, New-York 1902. Lea Boothers and Co. et London 1903, A. Kimpton pp. 142, 144-148, 154-156. reprod. a planşei în colori lui Koplik (132).

La Fetra (L. E) — Diphteria complicated by measles, hyperpyrexia; recovery. *Med. Record.* New-York 1898.

— Discus. după communic. lui Adriance.

110. **Landouzy.** — Etude diagnostique de la rougeole (Leç. culesă de le Dr. Lacroix). *Concours med.* Paris 1902.

111. **Lankford** (J. S.) Measles value of Koplik's sign. *Texas med. News,* Austin 1900.

— Communic. personală lui Bing.

112. **Legrand.** — Précis de méd. infantile, Paris 1903.

113. **Lemoine.** — Traité de Pathologie interne, Paris 1905.

114. **Lévy.** — Séméïologie des stomatites, *Gaz. des Hôpit,* 1904.

115. **Libman.** — The value of the buccal eruption of measles (Koplik) for early diagnosis. *Med. Record,* New-York, 1898.

— Discus. după communic. lui Adriauce (2).

116. **Lidmanowsky.** — Üeber die Koplik'schen Flecken in früheren Stadien der Masern (Polonisch) *Czavopismo lekarskie*, 1903, No. 10.

117. **Lorand** (Leo). — Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern (Budapester K. Aerzteverein, 25 nov. 1899) Anal. in *Pest. med. chir.* Presse, 4 mars 1900.

— Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern. Mit theilweiser Benutrung einer in Budapester K. Aerztevereins abgehaltenen Vortrages. *Jahrb. f. Kinderheil.* Berlin 1901.

118. **Mabbott** (J. M.) Discus. după communic. lui Adriance.

119. **Manasse** (R.) — Üeber die Kopik'schen Flecken bei Masern. *Münch. med. Wochenschr*, 1900.

— Üeber die Bedeutung der Koplik'schen Flecken als Frühsymptom der Masern. *Heilkunde*, Berlin 1903.

120. **Marévéry.** — Du signe de Koplik. *Bull. off. des Soc. d'arrond* 1903 *et gaz. des mal. infant.* 26 nov. 1903.

121. **Mariotty-Bianchy** (G.) — Gli enantemi boceali vel morbillo, *Giornale del regio esercito*, Roma 1901.

122. **Manicatide.** — Semnul lui Koplik în rugeolă *Bul. soc. științelor medicale.* Iași 1898-99.

123. **Maroney** (J.) — A study of one hundred and fosty cases of measles, with reference to the appearance and value of Koplik's spots as a diagnostic sign. (Thesis presented to the Jale Med. School, Commencement, june 27, 1900) Jale Med. Journ. New-Hawen (com.) oct. 1900, No. 4.

124. **Méry.** — Discus. după communic. lui Guinon (103).

125. **Mestre** (A.) — La profilaxia del sarampion y el signo de Koplik, *Progr. med.* Habana 1900.

126. **Meunier** (H.) — Sur un symptôme nouveau de la période précontagieuse de la rougeole et sur sa valeur prophylactique. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* Paris, 1898.

127. **Michelazzi** (A.) — Sul valore clinico del sintoma di Koplik vel morbillo. *Gazz. d'Osped.* Milano, 1904.

128. **Mitchell.** (Ch. W.) — In: Ancheta lui *Maryland med. journ.* Cf. art. colect. (21), p. 96—97.

129. **Monin.** — Médecine de l'enfance „jusq'à l'adolescence“, Paris, 1905.

130. **Monrad.** (S.) — De Koplikske Pletter ved Moeslinger. *Hospitalstidende*, Kjoebenhavn, 1903.

— Om de saakaldte Koplikske Pletter ved Uweslinger. *Ugeskr* f. *Laeger*, Kjoebenharn, 1903.

131. **Monti.** (A.) — Studien über das Verhalten der Schleimhaute bei den acuten exanthemen *Jahrb. für Kinderheilk.* N. F., Bel. Leipzig 1873.

— Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen 13-e fascic. (Die acuten Exantheme) Berlin, 1901.

132. **Morano.** (G) — Contributo al diagnosi del morbillo. *Policlinico supplemento*, Roma, 1900.

133. **Morse.** (J. L.) — In: Ancheta lui *Maryland med. Journ.* art. coll.

134. **Motta-Coco.** (A). — Sul valore diagnostico e profilattico dialcuni segui nella rosalia e nel morbillo *gazz. med. lombarda*, Milano, 1899.

135. **Muir.** (J. C.) — Koplik's spots in the diagnosis of measles, *Laucet*, 1904.

136. **Müller.** (O.) — Beobachtungen über Koplikscher Flecke, Diazo-Reaction, und Fieber bei Masern. *Münch. med. Wochenschr.*, 19 Ianv. 1904.

137. **Mussy.** (J.) — Erythèmes infectieux et toxiques symptomatiques, In: *Traité des Mal. de l'Enf. lui Grancher şi Comby*, Paris, 1905.

138. **Nothnagel.** — Specielle Pathologie und Therapie.

139. **Newcomb.** (Ph.) — The early diagnosis of measles. *Courier of. Médicine.* St.-Louis, Janv. 1902.

140. **Nicola.** (B.) — Observazioni sul sintoma di Koplik nel morbillo. *Gaz. degli. osph. e delle clin.* 22 dec. 1907.

141. **Pacchioni.** (D.) — Frequenza e valore del sintomo di Koplik (Sezione Toscana d. Soc. ital. di Ped. 1 fevr. 1903). *Pediatria*, Napoli, 1903.

142. **Palasne de Champeaux.** (M.) — Seméiologie médicale Paris, 1905.

143. **Perkel.** (J.) — Zur Casuistik der Masern im Krankenhause, *Inaug. Diss.*, Berlin, 1899.

144. **Pospischill.** (D.) — Ueber Rubeoloe und Doppelexantheme. *Jahrb. f. Kinderheilk.* Berlin, 1904.

— Ein neues als selbständig erkanntes akutes Exanthem, *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1904.

145. **Poynton.** (F. J.) — A Clinical lecture on some points in the differenţial, diagnosis of scarlet fever, german mearles and measles. *Brit. med. Journal*, 1905.

146. **Pfaundler şi Schlossmann.** — Handbuch der Kinderheilkunde vol. I. part. II-a, pag. 642.

147. **Reid.** (J.) — Roetheln und Measles, *Laucet*, 31 janv. 1903.

148. **Renaud.** (A.) — La leucocytose dans le rougeole et le rôle clinique de son étude. Th. Lansanne, 1900.

Renault. (J.) — In: Manuel de Diagnostic médical de Debove et Achard. Paris, 1902.

150. **Reubold.** — Beiträge zur Lehre vom Soor, *Virchow's Archive*, Berlin, 1854.

151. **Rinecker.** — In: *Verhandlungen der phys. med. Gesellsch. in Würzburg*, (Würzburg, 1855) Sitzungs-Berichte für das Gesellsch. Jahr 1854: 3 feb. 1854 (p. v.) şi 1 avril 1854.

152. **Roger.** — Les Maladies infectieuses, Paris, 1902.

153. **Rolleston.** (G. D.) — Morbilli sine morbillis: a care with commentary. *Laucet*, 10 dec. 1904.

— The prodromel reshes of measles. *Brit. med. Journ.* 4 fev. 1905.

154. **Rolly.** — Zur Frühdiagnose der Masern. *Münch. Med. Wochenschrift*, 19 Sept., 1899.

— Ueber das gleichzeitige Zusammentreffen von Scharlach und Masern bei einem und demselben Individuum und deren gegenseitige Beeinflussung. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Leipzig, 1899.

155. **Ross.** (C. C.) — A pathognomonie sign of measles (H. Study in the Clinic of Dr. H. Koplik, New-York, of the spots described by Him. *Columbus Acad. of. Med.*, 5 fév. 1900. In: *Columbus medic? journ.*, Columbus, 1900.

— In: Ancheta lui *Maryland Med. Journ.*, cf. art. coll. (21).

— Roetheln (Columbus acad. of. med. 1902). *Pediatrics*, 1902.

156. **Rudel.** (O.) — Das Schleimhautexanthem der Masern. *Münch. Med. Wochenschr.* 1-er mart, 1904.

157. **Saint-Philippe.** (R.) — De l'angine pultacée comme signe précoce avertisseur de la rougeole. *Journ. de med. de Bordeaux,* 1901; *Cpt. Rend. XII-e Cong. internat. med. sect. de med. de l'enf.,* 1900. Paris 1901, p. 473—474; *Gaz. hebd. de mèd. et de Chir.,* 14 avr. 1901.

158. **Saussure.** (P. G. de) — In: Ancheta lui Maryland *Med. Journ.* Cf. art. coll. (21) p. 94.

159. **Schaw.** (H. L. K.) — Erythema infectiosum *(Amer. Journ. of. med. Sciences),* Philadelphia and New-York, janv. 1905.

160. **Schmid.** (Ad.) — Ueber Roetheln und Erythemepidemien (Ver. der Aerzte in Steiermark, 23 oct. 1899). *Wien. Klin. Wochenschr.,* 23 nov. 1899.

161. **Schick.** — Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. Pediatrische Sektion (Sitzung. am 19. Martie 1908).

162. **Schwalbe.** (J.) — In: W. Ebstein und J. Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin, Stuttgart, 1901.

— Bemerkung zu dem Artikel von dr. Aronheim: „sind die Koplik'schen Flecken ein sicheres Frühsymptom der Masern?“ *Münch. Klin. Wochenschr.,* 8 Sept. 1903.

163. **Seitz.** (C.) Kurzgefastes Lehrbuch der Kinderheilkunde 1901.

164. **Selter.** — Die Solinger Masernepidemie (Vereinigung niederheimsch-westfaclischer Kinderärzte, 9 mars 1902, Düsseldorf). Anal. in *Centralbl. f. Kinderheilk.,* Leipzig, 1902.

165. **Sepet.** — Note sur 327 cas de rougeole. *Méd. moderne,* Paris, 1899.

166. **Serinelli.** (F.) — Rélation d'une épidemie de rougeole à Septemes (Bouches-du-Rhone) *Thèse.* Montpellier, 1900.

167. **Sippel.** (F.) — Das Koplik'sche Frühsymptom der Masern. *Med. Corresp. Blatt. des Wartemb. Aerztlichen Landesvereines.* Stuttgart, 1903.

168. **Slawyk.** — Ueber das von Koplik als Frühsymptom der Masern beschriebene Schleimhautexanthem. *Deut. Med. Wochenschr.,* 28 avril, 1898.

169. **Smith.** (J.) — Koplik's spots as an aid in the diagnosis of skin lesions. *New-York med. Journn..* 1898.

— Rubeoliform aud others eruptions: with special reference to Koplik's phenomenon. *Med. Record.,* 3 jun, 1899.

— Oroscopy: Items of interest from a dermatologicae aud general standpoint. *Med. news.,* 3 juin 1899.

— Discus. după communic. lui Adriance.

— In: Ancheta lui *Mariland med. journ.* cf. art. coll. (21), p. 97—98.

170. **Soltman.** — Die Infectionskrankheiten der Universitäts-Kinderklinik (Leipzig) und die Grundzüge ihrer Behandlung. *Deut. Med. Wochenschr.* 21 avril 1904.

— Masern, Keuchhusten, Scharlach, Diphterie, Merkworte für Studierende und Praktiker. Leipzig, 1904.

171. **Spitzer.** (E.) — In: Widowitz (227).

172. **Steinhardt.** (T.) — Ueber Koplik'sche Flecken *Med. Klinik.* Berlin, 1905.

173. **Strzelbicki.** — Sur la signification diagnostique des taches de Koplik dans la rougeole et quelques mots de la langue rougeoleuse. *Gaz. lek. Wartzarda,* févr., 1900.

174. **Stuart.** (E. C.) — Mucous membrane eruption in measles, *Med. news.* New-York, Août 1898.

175. **Surmont.** — Etiologie et prophylaxie de la rougeole. *Journ. de Chir. et de Thérap. inf.* Paris, 1899.

176. **Talamon.** (Ch.) — Les rashs prérubéoliques et le signe de Koplik, *Med. moderne*, juin, 1899.

177. **Taylor.** (R. T.) — In Ancheta lui *Maryland med. journ. cf.:* art. coll. (21), p. 98.

178. **Thursfield.** (J. H.) — Preliminary rashes in measles. *Laucet*, 1900.

179. **Tuley.** (H. E.) — Pediatrics. A manual for students and practitioners, New-York, 1904.

180. **Tuttle.** (G. M.) — Diseases of children. A manual for students and practitioners. London 1900, cu reprod. planşei în culori lui Koplik.

181. **Unger.** — Lehrbuch der Kinderkrankheiten, Leipzig, 1901.

182. **Valagussa.** (F.) — Sul valore del segno di Koplik nella diagnosi precoce del morbillo. *Bull. d. Soc. Laucisiane d. Osphed. di Roma*, 1902;

183. **Variot.** (G.) — Discus. după communic. lui Guinon (103).

— Diagnostic et pronostic de la rougeole chez les enfants. *Gaz. de Hôh*, janv. 1904.

184. **Vierordt.** (O.) — Diagnostik der inneren Krankheiten, p. 295 citat în Aronheim (19).

185. **Villani.** (G.). — Il fenomeno di Koplik. *Rassegna med.* Bologna 1901.

186. **Vucetic.** (N.) Die diagnostische und prophylaktische Bedeutung der Koplik'schen Flecken bei Masern. *Allg. Wieu. med. Zeitg.*, nov. 1902.

187. **Weil.** (E.) — Précis de médecine infantile, Paris, 1905.

188. **Weiss.** (S.) — Zur historischen Richtigstellung des sogenannten „Koplik'schen Frühsymptom“ der Mazern. *Wien. Klin. Wochenschr.* jun 1899, şi: A historical correction in connexionwith the name „Koplik's early symptom of measles“ în *Med. Record*, New-York, 1899.

189. **Wagner.** — Pentru revendicarea de prioritate în favoarea lui Wagner, vezi Genersich şi Lorand.

190. **West.** (J. P.) In: Enquête du *Maryland med. journ.* cf. art. coll. p. 98.

191. **Wickman.** (I,) — Om de Koplikska flaeckarne vid maessling. *Hygiea*, Stockolm, fév. 1902.

192. **Widowitz.** — Ueber die Koplik'schen Flecken“ bei Masern. *Wien. Klin.* Wochenschr. sept. 1899.

193. **Williams.** (D.) In: Wentieth Century Practice of medicine. Citat de Homan.

194. **Williams.** (P. W.) — Note on a pre exanthematous sign of measlas *Bristol med. chir. journ. juin*, 1900.

— Discus, după rapp. lui Caiger (43) p. 595.

— On Rubella, Scarlatina, and „Fourth Disease“. *Brit. med. journ.* 21 dec. 1901.

195. **Zabriskie.** (F. T.) — In: Ancheta lui *Maryland med. journ.* cf. art. coll.

196. **Zahorsky.** (J.) — Idem, p. 98—99.

— Koplik's spots: their value în diagnosis of measles, particularly in private practice *Maryland med. journ.*, Baltimore, avril, 1901.

CERCETĂRI ORIGINALE

Profesor Dr. AL. OBREGIA şi Dr. P. PITULESCU

Studiu clinico-istologic asupra simpaticului solar

în boalele mintale

Insemnatele funcţiuni ce se atribuesc *marelui sistem simpatic* precum şi turburările ce se manifestă când ele sunt interesate, a determinat pe autori chiar de la începutul psichiatriei să cerceteze rolul lui în legătură cu turburările mintale.

De la răspândita teorie a lui James-Lange asupra *emoţiei*, pe care o socoteşte ca o *reacţie vasomotorie*, până la ereutrofobia, nevroza anxioasă, halucinaţiile coenestezice, etc., toate ţin de modificări în domeniul simpatic.

In această ordine de idei, unii autori, în special Dupré şi Camus, se încearcă să creeze un nou sindrom *„al coenestopatiilor“*, bazaţi pe turburările acelor senzaţii, ce ne sosesc continuu la creer din toate părţile corpului şi care în stare normală nu se impun atenţiei noastre prin nici un caracter particular, fie în intensitatea, fie în modalitatea lor, dar al căror rol în cursul diferitelor afecţiuni mintale este destul de însemnat.

Plexul solar, partea cea mai însemnată a sistemului simpatic n'a fost până în prezent obiectul de cât a prea puţine cercetări.

Din acestea cea mai importantă lucrare este a lui Laignel-Lavastine care a reprodus pe cale experimentală „sindromele solare“, întâlnite în diferite maladii.

Autorul pe baza experienţelor sale tinde să găsească în boalele viscerale, până aci clasate după leziunile lor anatomopatologice, sindrome legate numai de *stricarea mecanismului funcţional regulator solar,* care în manifestările lui morbide poate să imiteze sindromele solare experimentale mai sus citate.

Din toate acestea reiese că până în prezent s'a stabilit cel puţin că deoparte *simpaticul în general* poate înfluenţa *direct* asupra encefalului prin vasomotorii care-i regulează circulaţia sanguină şi *indirect* prin schimbări în irigaţiunea sanguină a viscerelor, care aduc turburări în funcţiunile lor cu răsunet asupra nutriţiei întregului organism, — de alta că *plexul solar* n'are numai un rol abdominal ci şi un răsunet general, participând în grade diferite la constituirea tipului psichopatic, căruia poate une-ori să-i imprime un aspect special.

Prin prezenta lucrare nu facem decât să încercăm a rezuma evoluţia acestei chestiuni, de la origină şi până la actualitate, aducând tot-deodată şi o modestă contribuţie, în ceea-ce priveşte leziunile plexului solar în diferite maladii.

Fiind-că acest subiect îmbrăţişează de odată mai multe chestiuni referitoare la anatomia, fiziologia şi istologia, normale şi patologice, ale simpaticului în general redăm aci pe scurt istoricul cunoştinţelor noastre asupra lui până la actualitate.

De la început însă trebue să declarăm că această parte a sistemului nervos, sistemul simpatic, a fost neglijat. Studiul lui pe om n'a încept de cât mult mai târziu, după ce cunoştinţele asupra simpaticului la animale, ajunseseră la câte-va date sigure, care au făcut celebre numele unor cercetători.

Nu trebue să uităm, însă, că experienţele pe animale au înlesnit mult cunoaşterea istologiei dar mai ales fiziologiei simpaticului la om.

Pentru aceste motive istoricul simpaticului la om nu se poate face separat de al simpaticului la animale, şi al plexului solar de al simpaticului în general căci unul pe altu se complectează.

In adevăr începând cu: Milne-Edwards, Lyonet, Muller, Blanchard, Bordas, Newport, Anduin, Brandts, Swamerdam, Cuvier, Vulpian etc. care s'au ocupat cu simpaticul la nevertebrate — şi terminând cu Blainville, Bichat, Müller, Schlemm, Dalton, Stanius, Swan, Bojanus, Vogt, Reil, Ackerman etc. care au studiat simpaticul la vertebratele inferioare, — dovedesc interesul mare ce s'a depus în cunoaşterea simpaticului.

Pe baza cercetărilor de mai sus s'a păşit în urmă la studierea simpaticului la vertebratele superioare, mamifere, şi apoi la om.

La acesta din urmă au contribuit nu numai naturaliştii, dar şi fiziologişti ca: Brown-Séquard, Claude Bernard, Chauveaux, François-Franck, Langley etc.

Istoricul anatomiei speciale la om, a plexului solar aparţine perioadei clasice a anatomiei normale macroscopică.

Disecţiile lui Haller, Bichat, Cruveilhier, Wrisberg, Lobstein. Hollman, Luschka, Hirschfeld, Cunningham, Sperino, Sappey, în

Franţa; şi ale lui Henle şi Rieffel în Germania, sunt rezumate în tratatele clasice de anatomie umană: Sappey, Testul, Poirier etc.

In timpurile cu totul recente, diferiţi autori şi în special Laignel-Lavastine au căutat să precizeze mai bine situaţia plexului solar, proecţia lui pe peretele abdominal (triunghiul epigastric al lui Mathieu) variaţiile lui de volum (în legătură cu procesul de coalescenţă al ganglionilor) şi în special s'a inzistat asupra raporturilor lui cu pneumogastricul.

In cea ce priveşte masele ganglionare care constituesc plexul solar Laignel-Lavastine se aliază la descripţiile clasice, după care plexul ar fi compus din patru mase ganglionare: ganglionii solari drept şi stâng şi ganglionii mezenterici superiori situaţi dedesubtul solarilor, de fie-care parte a originei arterei mezenterice superioare şi combate părerea lui Rieffel, care nu e alta de cât copia părerei lui Henle, după care s'ar distinge în plex 6 perechi de ganglioni: doi superiori şi pari, *semilunari*, doi inferiori şi pari, *renoaorticii* şi doi impari: unul superior, frenicul şi altul inferior, mezerentericul superior.

Aceşti ganglioni sunt în legătură cu diferiţi nervi, din care unii *aferenţi* şi alţi *eferenţi*.

Printre nervi *aferenţi* sunt: *pneumogastricul drept*, cei *doi frenici*, cei *doi mari splachnici* şi în fine *anastomozele* cu şirul *simpatic lombar.*

Dintre aceştia cel mai important e *pneumogastricul.*

Asupra raportului acestui nerv cu plexul solar, Laignel-Lavastine a adus de curând o frumoasă contribuţie, A . . . . a găsit că pneumogastricul drept, care conţine pe lângă fibrele sale proprii şi fibre din cel stâng, se divide în dreptul regiunei coeliace în o fâşie de ramuri din care unele merg la grupul semilunar drept pentru a constitui ansa memorabilă a lui Wrisberg, altele merg la grupul semilunar stâng pentru a forma o *ansă omologă*, şi în fine altele mediane care merg de se perd în mezenterica superioară.

Dar anatomia afară de ganglionii şi nervii mai sus citaţi, pune în evidenţă *conexiunile plexului solar* cu centrii bulbo-spinali şi viscerele.

In ganglionii solari se disting patru feluri de fibre:

1. Fibre de *tip cerebro-spinal* din care *a)* unele vin cu splachnici, pneumogastricul, frenici, trec prin ganglion lăsând colaterale în jurul câtor-va celule şi ies din ganglion pentru a se termina mai departe; *b)* altele tot de aceiaşi specie, care însă merg în sens invers, plecând de la periferie, de la viscere, prin nervi hepatici, splenici, mezenterici etc., străbat ganglionii solari şi apoi se duc spre bulb sau măduva spinărei.

2. Fibre simpatice născute în măduvă sau ganglionii sirului şi care se termină în ganglionii solari prin arborizaţii în jurul celulelor ganglionare.

3. Fibre simpatice care se nasc în ganglionii solari şi care merg de se termină la periferie.

4. In fine fibrele simpatice care merg în sens invers, adică de la periferie unde au centrul trofic vin şi se termină în jurul celulelor ganglionilor solari.

Pentru a stabili locul pe care-l ocupă plexul solar în sistemul simpatic general, dar mai ales pentru a-i stabili topografia funcţională, e necesar să descriem după Laignel-Lavastine, ce înţelegem prin metameria simpatică, în legătură cu metameria măduvei.

Un metamer simpatic rachidian, coprinde toate fibrele, şi celulele simpatice care depind de un acelaş segment mădular.

El coprinde două feluri de fibre.

I. *Fibre preganglionare* sau *protoneuronale* (Langley) or *intercentralele* (Dastre şi Morat) care trec prin ramurile comunicante şi sunt aferente şi eferente.

1. Cele *aferente* se nasc afară din măduvă, dar cilindrii lor axiali trec prin rădăcinele posterioare. Ele sunt fibre cu myelină, din care *a)* unele sunt *groase* şi rămase fără altă legătură viscerele direct cu măduva, având centrul trofic în ganglionul rachidian, pentru care motiv sunt socotite ca *fibre cerebrospinale; b)* altele; *mici* fibre care au centrul în ganglionii simpatici ai catenei. Ele reunesc mai multe segmente medalare cu un ganglion al catenei, din cauză că prelungirile lor cilindraxile se divind după ce pătrund în măduvă, în ramuri ascendente şi descendente.

2. Cele *eferente* se nasc în măduvă în dreptul cornului lateral al regiunei paracentrale şi probabil în micile celule ale zonei intermediare şi descind câte odată sau în măduvă câte-va etage, sau es direct şi trec prin rădăcinele anterioare şi posterioare, sub aspectul de *mici fibre cu mielină* şi descind apoi în catena simpatică câte-va etage.

II. Fibrele *postganglionare* sau *deutoneuronele* (Langley) or *perifericele* (Dastre et Morat), care unesc ganglionii simpatici cu viscerele. Ele se divid în aferente şi eferente.

1. Cele *aferente* sunt în cea mai mare parte amielinice; câte unele însă născute din ganglioni solari sunt mici fibre cu mielină. Ele reunesc cu un ganglion periferic mai mulţi ganglioni ai catenei.

2. Cele aferente nasc în ganglionii simpatici ai catenei şi se duc spre viscere. Ele sunt amielinice.

Aceiaşi metamerie se observă şi la sistemul splachnicilor cu singura deosebire că deutoneuronii eferenţi n'au centru trofic în ganglionii catenei.

Fibrele eferente care-l compun es din măduvă de la 5—12 segment dorsal al măduvei, au centrul lor trofic tot în măduvă însă în coarnele laterale ale părţei cu totul superioare ale măduvei dorsale şi părţei inferioare a măduvei cervicale.

Această dispoziţie a simpaticului găseşte omologie cu pneumogastricul, care, cu cei doi ganglioni ai săi, cu marele său număr de fibre cu mielină, cu situaţia nucleului său motor în prelungirea nucleilor motori simpatici ai măduvei, prin funcţiile sale inhibitoare care-l aproprie de vasodilatatori, de fibrele inhibitoare şi în general cu fibrele intercentrale, — apare ca o fascie de protoneuroni simpatici aferenţi, care nu diferă de protoneuronele simpatice medulare de cât prin situaţia lor bulbară.

Simpaticul toracolombar este deci la măduvă cea ce este pneumogastricul la bulb; aşa dar, pneumagastricul este departamentul bulbar al sistemului mare simpatic.

Nu putem spune acelaşi lucru despre plexul solar; metameria lui e greu de stabilit.

Pentru a preciza mai bine conexiunile simpaticului cu sistemul cerebrospinal, Laignel-Lavastine, stabileşte că sistemul simpatic nu e sinonim cu sistemul vieţei organice şi pretinde că pentru ca o cale de conducţie să merite numele de *simpatică* se cere ca, plecând *de la măduvă la periferie să aibă două neurone;* or care alta e cerebrospinală.

Dintre toate căile de conducţie descrise până aci, un singur fel se abate de la această regulă: pretoneuronele aferente cu fibre groase *a)* cu mielină, al căror centru trofic este în ganglionii spinali, al căror cilindrax ajunge la maduvă prin rădăcinele posterioare şi ale căror prelungiri protoplasmice vin de la viscerele abdominale.

Aceste fibre au absolut toate caracterele fibrelor cerebrospinale sensitive.

Ast-fel fiind privit simpaticul se poate considera ca format din două neurone suprapuse, ale căror centri trofici sunt situaţi, pentru unele în ganglioni şi pentru altele în măduvă.

Studiul neuronilor simpatici pentru a fi complect se cere să coprindă şi *localizarea lor.*

Cu toate că conexiunile simpaticului cu măduva sunt cunoscute mult timp, totuşi locul ce-l ocupă în măduvă celulele de origină ale fibrelor eferente, în raport cu simpaticul, n'a fost încă stabilit.

Astă-zi însă, datorit lucrărilor noui bazate pe experienţele şi pe constatările anatomopatologice, datorite lui Pierret, Huet, Onuf et Collins, Curcio, Parhon, Marinescu şi în special ale lui Laignel-Lavastine. şi pe faptele anatomoclinice citate de Jacobsohn, De Buck, Bruce, Irimescu şi Parhon, Grasset, Launois şi Porot, se poate spune că: Cornul lateral al substanţei cenuşii a măduvei spinărei, reprezintă origina reală a fibrelor simpaticului care es din măduvă.

Cât priveşte localizarea spinală a simpaticului solar, ea face parte din aceiaşi regulă de mai sus, în sprijinul căreia putem cita cazul lui de Buck care a avut ocazia de a studia măduva unui om care suferise de „Sindrom solar“ diagnosticat în timpul vieţei pacientului şi la care găsi o tumoră gliomatoasă care ocupa cornul lateral de la al X mielotom dorsal până la al II-lea lombar şi pe care o luă drept cauză a turburărilor observate la bolnav.

In cea ce priveşte locul în măduvă unde se termină cilindriaxi care vin din simpatic, Laignel-Lavastine, e singurul care a experimentat şi a conchis ca ei se termină în jurul celulelor coloanei lui Clarke.

Istoricul fiziologiei plexului solar e strâns legat de numele lui: Claude Bernard, Brown-Séquard, Vulpian, Schiff şi François Franck, care au pus bazele noţiunilor clasice şi au stabilit reguli nemutabile.

Totuşi, find-că evoluţia fiziologiei în genere se face prea repede, e nevoie ca din timp în timp să-i se precizeze limitele, iar nouilor achiziţiuni, după ce au fost verificate, să li se dea dreptul de domiciliu în domeniul ei.

Laignel-Lavastine a întreprins o serie întreagă de experienţe pentru a verifica şi preciza mai bine funcţiile plexului solar.

A . . . cercetând acţiunea lui asupra viscerelor abdominale a constatat următoarele:

Motilitatea stomacului este excitată prin *pneumogastric, sensibilitatea* lui depinde numai de *pneumogastric,* vaso-constrictorii săi depind de splachnici, fibrele sale secretoare depind nu numai de pneumogastric dar şi de simpatic, şi că absorţiunea sa este activată prin secţiunea splachnicilor.

Motilitatea intestinului *oprită* (inhibată) prin marele *splachnic* (cu excepţie, în unele cazuri, a fibrelor circulare) este *excitată* prin *pneumogastric.*

Vasoconstrictorii intestinului subţire inhibaţi prin mari splachnici, trec prin ganglionii mezenterici superiori, fără a atinge plexul solar (cel puţin unele fibre).

Nervii *secretori* ai sucului enteric sunt rău cunoscuţi. Absorbţia intestinală e accelerată prin secţiunea splachnicilor.

Motilitatea *căilor biliare* depinde de pneumogastric. Vasoconstrictorii ficatului se grupează în mari splachnici şi trec prin ganglionul semilunar drept şi sunt unii arteriali şi alţi venoşi.

Nervi *gliso-secretori* sunt deasemenea conţinuţi în splachnici.

Nervi care prezidă la funcţia biliară nu sunt izolaţi.

Vaso constrictorii pancreasului trec prin splachnici. Fibrele excito secretoare predomină în pneumogastric pe când cele depresoare domină în splachnici. Totuşi secreţia pancreatică e posibilă chiar după izolarea pancreasului de or-ce conexiune nervoasă.

Fibrele vasomotoare ale *splinei* trec prin marele splachnic şi ganglionul semilunar stâng.

Vasoconstrictorii *rinichilor* născuţi de la 3—15 comunicant dorsal, trec prin cei doi splachnici fără a avea conexiuni cu ganglioni semilunari sau mezenteric superior. Vasomotorii lui sunt singuri capabili să producă turburări urinare ca: anurie, polyurie, albuminurie, şi chiar ematurie.

Vasoconstrictorii supra-renalelor sunt conţinuţi în partea inferioară a cordonului toracic simpatic, plecând de la al 8-lea comunicant dorsal, în splachnici şi în vagosimpatic. Din punctul de vedere vasomotor glandele supra-renale se comportă ca celelalte viscere abdominale.

Cât priveşte nervii lor secretori, existenţa le e netăgăduită dar neconstatată.

* * *

Ceace în adevăr a creat Laignel Lavastine prin metoda sa de experimentare sunt: *Sindromele solare.*

A . . . . a observat că făcând ablaţia complectă a plexului solar la câini, uni mor în 24 de ore, de fenomene supra acute, alţi care trăesc 45 zile şi sucombă în colapsus şi în fine alţi, care, dacă scapă în 5 zile, trăesc, se vindecă, simptomele grave de la început atenuându-se treptat.

După simptomele observate în cursul experimentărei A . . . . a creat varietăţi de sindrome.

A. **Sindromul solar de paralizie** care coprinde ansamblul simptomatic produs prin ablaţia plexului. El poate fi supra acut, acut, sub acut şi cronic.

1. Sindromul solar *acut* de paralizie, conzistă esenţialmente: în o cădere formidabilă a presiunei arteriale apreciabilă prin extrema rapiditate şi micime a pulsului şi răceala extremităţilor; în vomismente, diaree sângerândă şi incoercibilă, anurie şi abatere generală, care repede ajunge la colapsus şi apoi sucombă.

2. Sindromul solar *acut* de paralizie, consistă în: abatere, tristeţă, puls foarte mic şi repede, vărsături, diaree fetidă, sângerândă şi incoercibilă, urine rare şi închise conţinând pigmenţi normali, anormali şi indicând semne care după 2—3—4 zile lasă loc colapsului şi apoi sucombă.

La necropsie se constată: iperemie, sufuziuni emoragice şi ulceraţii ale mucoasei gastro-intestinale. Ficatul, splina, rinichii şi capsulele supra-renale sunt mărite de volum şi congestionate intens.

3. Dacă animalul n'a sucombat în 4—5 zile, sindromului acut îi succedă. Sindromul *subacut* de paralizie, în care simptomele citate mai sus perzistă dar mult

mai atenuate, în cât, dacă animalul rezistă mai multe luni, fenomenele se atenuiază în aşa grad în cât fac loc sindromului solar cronic de paralizie, care e compatibil cu viaţa şi chiar cu o sănătate relativ bună; cea ce ar dovedi că funcţia regulatoare exercitată prin plexul solar este compensată în mare parte.

Studiul acestor sindrome solare de paralizie permit de a conchide de o parte că splachnicii nu joacă nici un rol în fenomenele observate, de oare-ce rezecţia lor izolată nu produce fenomene asemănătoare, de alta că plexul solar comandă vasomotorii tractului gastrointestinal, ai glandelor anexe: ficat splină, rinichi şi ai glandelor suprarenale.

B. **Sindromul solar de excitaţie**, reprezintă totalitatea simptomelor produse prin excitaţia plexului de ex: prin înţepături, zmulgeri de firişoare, contuzii etc. — care constau în: durere epigastrică, constipaţie spasmodică prin inhibiţia peristaltismului intestinal, şi prin diminuarea secreţiei intestinale.

C. **Sindromul solar de iradiaţie**, coprinde simptomele la distanţă pe care poate să le producă excitaţia violentă a plexului solar, fiind intacţi splachnicii şi pneumogastricii. Brown-Séquard a arătat de mult că dacă se striveşte plexul solar, se produce aproape imediat oprirea inimei în diastolă. Acelaşi fenomen se petrece când se dă o lovitură violentă pe epigastrul animalului.

De remarcat e că aceste fenomene nu se produc dacă mai înainte au fost secţionaţi splachnici sau pneumogastrici.

Am reprodus aci o bună parte din experienţele lui Laignel-Lavastine, în scopul de a facilită înţelegerea perturbaţiilor viscerale, în care, cum zice A., printr'o analiză succintă s'ar putea găsi o notă solară.

In adevăr A . . . de mai sus, sprijinindu-se pe experimentaţie tinde să găsească în boalele viscerale, — până aci clasate după leziunile lor anatomopatologice, — sindrome legate numai la stricarea mecanizmului funcţional, regulator solar, care în manifestările lui morbide poate să imiteze sindromele solare mai sus citate.

Aşa, de ex.: Sindromul solar acut de paralizie este realizat de peritonite, de ex.: pneumococică. In peritonita tuberculoasă se observă la început sindromul solar de excitaţie şi mai târziu cel de paralizie, întocmai cum un organ cronic excitat sfârşeşte prin a fi epuizat, paralizat, — stări care corespund anatomo-patologiceşte vorbind primele la turburări funcţionale şi ultimele la leziuni destructive.

Sindromul solar acut de *excitaţie* este realizat prin colica de plumb, mai ales în forma ei acută francă, în care se constată: durere, constipaţie, ipertensiune arterială.

Sindromul solar *subacut* sau cronic — caracterizat prin alternative de paralizie şi de excitaţie, se observă tot în colica de plumb, în special în aceia în care lunga ei durată aduce paralizia plexului solar prea mult timp excitat.

Se observă de asemenea în colita mucomembranoasă a indiviziilor, a căror sistem nervos find în stare de slăbiciune iritabilă, reacţionează din când în când.

In fine simptomele solare de iradiaţie se observă destul de des în clinică de ex.: o contuzie pe epigastru, ingestia de ghiaţă, — lucrând asupra stomacului tot ca un traumatism — pot să determine moartea. Aceleaşi fenomene se petrec în cursul colicei hepatice sau nefretice, când inima se opreşte în diastolă.

Iată dar după autor că patologia plexului solar coprinde o serie de perturbaţii viscerale care nu implică o leziune anatomică definită, ci numai o turburare funcţională localizată, însă care nu poate fi altceva de cât o perversiune a mecanismului regulator solar.

Dar autorul din cercetările sale asupra anatomieĭ şi fiziologiei simpaticului, nu se mulţumeşte să arate numai foloasele ce poate trage medicul, ci, ca psichiatru desăvârşit, caută să găsească *nota solară* în diferite sindrome mintale şi să atragă atenţia asupra foloaselor ce ar putea să tragă alienistul şi psichologul din cunoaşterea perfectă a anatomiei şi fiziologiei simpaticului în general şi plexului solar în special.

Asupra acestor din urmă puncte vom reveni mai la vale.

După această sumară trecere în revistă a istoricului anatomiei şi fiziologiei plexului solar până la actualitate, cea ce e interesant de reamintit este embriologia sistemului solar.

După Balfour, Onodi, His (junior) celulele simpatice derivă din ectoderm ca şi axul cerebrospinal.

Datele privitoare la embriologia simpaticului în general se găsesc în tratatele clasice: Math. Duval, Hertwig, Renaut, şi în lucrările lui Taft, Fusari, şi Graupner.

Cea mai recentă lucrare de embriologie a plexului solar, este a lui Laignel-Lavastine, care a găsit, la un embrion de 3 săptămâni, în partea ventrală a ganglionilor spinali, nişte grupe de celule care prind bine culoarea şi pe care autorul, ca şi alţi, le consideră ca celule de origină a simpaticului la om. Aceste grupe de celule, la embrioni din ce în ce mai dezvoltaţi, se constată cum se îndepărtează de spinali de care rămân legate numai prin şiruri de celule alungite, care apoi devin fibre. Mai târziu, adică la un embrion în a doua lună, pe o secţiune transversală, se constată în regiunea coeliacă mari mase ganglionare nervoase în care se disting mai multe grupe de celule, dintre care unul mai mare, în forma de semilună, cu concavitatea posterioară înconjurând aorta şi care reprezintă începutul ganglionilor solari.

Asupra originei celulelor medulare simpatice A . . . a găsit la embrioni de diferite vârste, nişte celule foarte colorate, situate în partea posterolaterală a masei cenuşii periependimare, care apoi treptat câştigă partea laterală a măduvei dorsale şi în urmă trimit fibre în rădăcinele posterioare.

Istologia normală a plexului solar.

Cunoştinţele noastre asupra istologiei fine a celulei nervoase în general a evoluat mână în mână cu progresele technicei istologice, prin perfecţionarea metodelor vechi şi cu descoperirea altora noi.

S'ar putea afirma că aproape toate descoperirile mari asupra structurei fine a celulei nervoase sunt datorite în prima linie savanţilor care au dat la lumină metode capabile de a pune în evidenţă detalii noi de structură.

Aceiaşi influenţă a technicei s'a resimţit si asupra cunoştinţelor istologiei fine a simpaticului solar. De aceia istoricul istologiei plexului solar se poate divide în trei perioade.

Perioada I-a a lui Cruveilhier, Henle, dar mai ales a lui Remak şi Ranvier care au descris bine elementele capitale din care e compus plexul: fibrele simpatice, care şi azi poartă numele descoperitorului lor Remak şi ganglionii.

Perioada II-a ilustrată de descoperirile lui Golgi, Lenhoseck, Ramon (vechi), Nissl, Sala, Dogiel, Renaut, Lugaro, Roux, Graupner, Weis, Marinescu, T. Ionescu, Bruckner, Vranialici şi în fine Van Gehuchten şi caracterizată prin discuţii fără ca din ele să se degaje concepţia definitivă a structurei fine a plexului solor.

A III-a şi ultima perioadă datorită descoperirei metodei argentice, fotografice, a lui Ramon Y. Cajal, foarte fecundă în descoperiri, a înavuţit cu noi documente structura simpaticului la om.

La această perioadă poate fi încorporată epoca experimentală a lui Nageotte, Cajal, Tello, Donagio şi elevii lui şi în fine Marinescu şi Parhon, etc.

In fie-care din aceste trei perioade s'a adus câte o contribuţie care a rămas imutabilă, şi care constituesc în ansamblu cunoştinţele noastre actuale care se pot rezuma în câte-va cuvinte.

Ganglionii simpatici prezintă de studiat: un înveliş, un ţesut de susţinere, vase, celule şi fibre nervoase.

Invelişul ganglionului este de natură fibroasă şi e format din făşii de ţesut conjonctiv, şi fibre elastice.

Din acest învăliş pleacă în interiorul ganglionului trabeculi tot conjonctivi care se ramifică în diferite direcţiuni şi subdivid ganglionul în: lobi, lobuli, areole, etc. circumscriind mici grupe celulare sau nuclei ganglionari.

Ţesutul de susţinere al ganglionului e reprezentat printr'o reţea fină tot conjonctivă, care ocupă spaţiile dintre capsulele endoteliale ale celulelor, şi dintre fasciile de fibre nervoase pe care le leagă de trabeculii ganglionului şi constitue la o altă substanţă punctată a lui Leydig.

Circulaţia sanguină a ganglionilor solari e garantată prin un mare număr de arteriole care se termină în capilare care constituesc o reţea în ochiurile căreia sunt coprinse mici grupe de celule nervoase. Venele lor se prezintă sub formă de cele mai dese ori sinuoasă de unde şi denumirea de: *sinusuri venoase*.

Asupra existenţei *vaselor limfatice* în ganglioni, părerile sunt împărţite. Autorii clasici nu le menţionează. *Renaut* crede că există vase limfatice care dacă nu sunt proprii ale ganglionului aparţin nervilor: pneumogastric şi splachnici, cu ale căror fibre pătrund în interiorul lui. Autorii germani, în frunte cu Graupner, descriu împrejurul celulelor nervoase vase limfatice. Rey şi Retzius au reuşit să le injecteze până în jurul capsulei dar fără a pătrunde în ea. Laignel-Lavastine, într'un caz de bronchopneumonie streptococică urmat de necropsie a găsit streptococi în jurul capsulelor dar nici unul în interiorul lor.

Imprejurul fiecărei celule există o *capsulă endotelială*, care este elementul caracteristic al celulelor ganglionilor spinali şi simpatici. Ea e constituită dintr'o membrană fără structură care e tapetată pe faţa ei internă de o pătură de celule turtite cu nucleul rotund sau ovalar care se colorează intens. Ranvier a arătat că această capsulă e omologă membranei lui Schwann. Vignal a demonstrat că ea e de origină mezodermică. Acelaşi fapt e demonstrat în mod indirect prin leziunile inflamatoare ale ganglionilor în care celulele endoteliale ale capsulei se comportă după legea de reacţie proprie a elementelor mezodermice: ele tind a reveni la tipul primitiv, starea embrionară, în care nuclei cresc în volum, se multiplică, rup capsula, năvălesc în spațiul dintre ea și celula nervoasă și concură la destrucția celulei nervoase prin mecanismul neurofagiei.

Celula nervoasă simpatică, se prezintă, după metoda Nissl, de formă neregulat ovalară sau sferică și de dimensiuni variabile, reprezentate prin trei tipuri; celule mari, medii și mici. Ea prezintă de studiat un nucleu cu nucleolul său și un corp protoplasmic.

Nucleul de formă regulat sferică are conturul net limitat prin membrana nucleară și prinde slab coloarea sau rămâne chiar incolor. Numărul nucleilor într'o celulă este de obicei unul, rar 2—3.

In cea ce privește situația nucleului în celulă părerile sunt împărțite. Unii, în frunte cu Laignel-Lavastine care s'a ocupat mult de structura plexului solar, pretind că nucleul e situat de obicei în centrul celulei; deplasarea lui excentrică capătă valoarea unui semn patologic când este însă însoțit și de deformația globuloasă a celulei, cromatoliză etc. Alții cred că situația excentrică a nucleului e comună în simpatic și nu ar fi în legătură cu o stare patologică.

Cazeneuve (1904) — a observat că în celulele mici nucleul este periferic; în cele mari, nu este nici central nici periferic.

Nucleolul. In fie-care nucleu se găsește un nucleol — rar doi — de formă sferică, intens colorat, și situat rar în centrul nucleului, mai des la periferia lui.

Protoplasma celulei simpatice conține trei substanțe acromatică neorganizată, acromatică organizată și substanța cromatică, corpusculului Nissl sau Cromosomele (1).

Substanța acromatică fundamentală neorganizată, e necolorabilă și umple în corpul celulei toate interstițiile pe care le lasă substanța acromatică organizată.

b) Substanța cromatică, e formată din granulații fine: cromosomele, care sunt mai slab colorabile, ca în celulele scoarței.

După distribuția cromosomelor în masa protoplasmei se disting diverse tipuri de celule (R. J. Cajal).

In unele celule cromosomele, în special cele mari, sunt grămădite la periferia celulei unde constituesc un *inel periferic*, iar în spre centrul celulei, sau nu se găsesc de cât cromosome mici fine și diseminate fără ordine, sau se găsesc cromosome mai mari dispuse concentric nucleului și constituind un fel de rețea cu ochiuri largi neregulate.

In altele cromosomele mari, formează numai un inel perinuclear, nucleul find mai totdeauna situat central, iar periferia celulei e lipsită de granulații mari și imitează o cromatoliză periferică.

Bruckner a descris un alt tip rar de celule voluminoase, cu prelungiri vizibile, prevăzute cu cromosome în formă de blocuri mari neregulate care umplu aproape toată protoplasma.

A . . . înclină să creadă că aceste celule ar fi de tip motor prin analogie structurală cu celulele din coarnele anterioare.

Afară de cromosome, în celulele simpatice, se constată prezența de *xantosome* în cantitate variabilă. Există deci o pigmentație fiziologică, normală, a celulelor simpatice, care începe probabil odată cu funcționarea lor, crește progresiv cu vârsta până la bătrâneţe când ajunge maximul. Unde începe să devie patologică aceasta pigmentaţie nu se poate preciza; afară numai de cazurile în care celula prezintă şi alte alteraţii grave în celelalte elemente constituante.

---

(1) Obregia numește cromosome granulațiile substanței cromatice.

c) *Substanţa acromatică organizată.* Asupra structurei acestei substanţe au perzistat, uni de zile, vii discuţii, care au luat sfârşit numai după ce Cajal a dat la lumină noua sa metodă care a făcut foarte uşoară colorarea acestei substanţe acromatice.

Prima lucrare în acest sens este a lui Cajal apoi a lui Azoulay, care au lucrat pe animale şi s'au ocupat mai mult de morfologia celulelor.

Acel care a descris'o în mod complect şi a stabilit diversele tipuri de fibrilaţie în celulele simpatice solare este Laignel-Lavastine.

A . . . . a descris *celule mari de tip reticulat* în care se distinge o reţea mai deasă la *periferia* celulei *(corticale)* şi alta *perinucleară;* între ele o zonă cu ochiurile mai alungite.

2. *Celule mici tot de tip reticulat şi*

3. *Celule de aspect pseudofasciculat.*

Dacă comparăm aceste tipuri de celule cu cele descrise prin metoda Nissl, constatăm că sunt identice celulele *mari reticulate,* celulelor *mari griocome* (tip A); cele *mici reticulate* sunt identice celor *mici griocrome* (tip B) şi cele *pseudofasciculate* celulelor *archi-stiohocrome.*

Morfologia şi *conexiunile celulelor simpatice* le cunoaştem numai de la recenta lucrare a lui Ramon Y. Cajal, care prin metodă proprie a adus un contingent însemnat de documente noi.

Aceste cercetări au arătat lui Cajal că, conform vechii opiniuni susţinută de: el însuşi, Retzius, V. Gehuchten, Luigi Sala, Kolliker, Lenhossek, Dogiel etc., celulele ganglionilor simpatici sunt prevăzute cu două feluri de prelungiri: unele scurte, multiple şi ramificate şi o prelungire unică, fără mielină, lungă indivizibilă, şi în continuaţie cu o fibră Remak, *axona.* Cajal descrie la om trei specii de celule, fie-care cu caracterele ei proprii:

1. Celule de volum variabil: mari medii şi mici, care au caracteristica principală că afară de axonă, toate dendritele lor sunt scurte şi se termină sub capsulă (intracapsulare), cea ce face ca celula cu prelungirile sale să pară închisă în capsula sa ca într'un sac.

Celule de volum mare, dese ori poligonale, rar fuziforme sau sferice, au de caracteristic faptul că sunt prevăzute exclusiv numai cu dendrite lungi (extracapsulare) şi cu un axon.

3. Celule care stabilesc tranziţia între aceste două tipuri precedente prin aceia că sunt prevăzute cu dendrite scurte (intracapsulare) dendrite lungi (extracapsulare) şi axon.

Fiecare din aceste feluri de prelungiri se comportă în mod diferit şi dau naştere la formaţii care variază după speciile celulare şi poartă denumiri în raport cu aspectul lor.

Coroana dendritică e o formaţie compusă din dendrite subţiri, scurte, fine. intracapsulare, divergente, numeroase şi emanând din toată periferia celulei (tip mixt) sau numai dintr'o parte anumită a celulei, (celule cu glomerul).

Cuib dendritic e o formaţie compusă dintr'un grup de dendrite lungi, care, după ce străbat capsula, se bifurcă iar ramurile lor pleacă în mod divergent făcând mai multe învârtituri înprejurul celulei.

Acest cuib dendritic se poate confunda, deşi cu oare-care dificultate, cu plexul pericelular pe care-l realizează ramificaţiilor cilindraxilor care vin de la alte celule.

Glomerul dendritic, este regiunea dendritelor perfect limitată la exteriorul celulei şi capsulei şi constituind centrul de concurenţă al arborizaţiilor dendritice şi al unui plex avut în ramificaţii nervoase terminale axiale.

O celulă cu glomerul se prezintă ast-fel:

De la periferia celulei, din spre partea în care se găseşte glomerulul, se detaşează trunchiuri protoplasmice multiple, viguroase, de dimensiuni neegale, dintre care una de obicei e mai groasă şi mai lungă. Fie-care dintre aceste prelungiri scurte emite ramuri secundare, care la rândul lor se ramifică mai departe sfârşesc însă în interiorul capsulei; numai prelungirea protoplasmică groasă şi lungă ese din capsulă se divide şi pătrunde în fasciile substanţei intercelulare. Pe măsură ce ne apropiem de polul celulei opus glomerulului sau mai bine zis opus acelei mari prelungiri, constatăm că prelungirile protoplasmice devin din ce în ce mai mici, mai subţiri, mai scurte, se ramifică şi se termină de regulă pe faţa internă a capsulei.

Asupra însemnătăţei fiziologice a acestor diverse tipuri de celule n'avem nimic sigur.

Dogiel socoteşte celulele mari, cu prelungiri scurte dar ramificate şi al căror axon se continuă cu o fibră Remak, ca celule *tip motor*, iar pe celulele cu prelungiri lungi cari merg la mucoase şi cu axonul ce se duce în ganglioni vecini, ca celule de tip sensitiv.

Cajal, nu e de părerea lui Dogiel.

Marinescu, crede că formaţiile bi-tri şi pluriglomerulare, glomeruli colaterali şi plexurile pericelulare ar fi favorabile automatismului centrilor vegetativi.

Dustin, crede că aceste formaţii ar fi organe de difuziune a unei excitaţii de la o celulă la un grup.

Terminaţiile nervoase pericelulare şi peridendritice sunt foarte bogate la celulele simpatice.

Cajal pretinde că *a)* la celulele cu lungi prelungiri dendritice, fibrele nervoase terminale sunt puţin numeroase, abia formează un cuib axial pericelular puţin dens; *b)* celulele cu coroană dendritică şi glomerul sunt foarte avute în ramificaţii peridendritice; *c)* plexul peri şi intraglomerular sunt cele mai bogate în ramuri terminale.

Cajal şi Marinescu, au observat cum fibre aferente în număr mare urmăresc deaproape traectul dentritelor şi descrii sau în jurul tutulor, tururi sau spirale mari, sau în jurul unei singure dendrite, spirale mici ca plantele agăţătoare. Pe traectul acestor fibre A . . . au observat fire fine terminate in butoni clari sau în butoni terminali.

Mai rămâne de descris un alt mod de terminaţii nervoase ale fibrelor aferente, asupra căruia Cajal atrăsese de mult atenţia şi Marinescu a revenit cu contribuţii.

E vorba de nişte terminaţii nervoase care sunt de cele mai dese ori piriforme, foarte impregnate care se aplică pe suprafaţa celulelor sau se aşează între dendrite.

Fie-care din ele, cred autorii, că ar fi terminaţia unei fibre aferente. Cele mai voluminoase când sunt aşezate între prelungirile sau dendritele celulei sunt înconjurate de-o capsulă constituită din celule satelite.

Continuaţia acestor bule cu fibrele aferente fiind foarte evidentă, evită confuzia lor cu bulele care se găsesc la extremitatea dendritelor scurte subcapsulare.

Cea ce rămâne de complectat din istoricul evoluţiei cunoştinţelor noastre asupra istologiei simpaticului, este **perioada experimentală**, inaugurată de Nageotte, apoi continuată de Donaggio şi elevii lui Cajal şi Tello, Marinescu, Levy, Parhon, etc., care a dat rezultate frumoase.

Nageotte a studiat experimental determinismul formaţiilor enigmatice, descrise de Cajal, Levy, el însuşi şi Marinescu, sub numele de: prelungiri varicoase, fenestraţia cilindrului ax, a protoplasmei, ghemurile pericelulare sau periglomerulare, etc., servindu-se de metoda *graefelor ganglionare.*

A. . . prin această metodă a arătat că, aceste din urmă formaţii care au fost identificate cu terminaţiile de fibre aferente, sunt în realitate fibre născute din neuronul însuşi în jurul căruia ele constituesc gheme, sau din neurone de aceiaşi specie situate în vecinătate.

In special A. inzistă asupra a trei specii de formaţii care au între ele o înrudire strânsă: 1. O nouă categorie de aparate cilindraxile patologice pe care le-a numit *arborizaţii de noduli reziduali,* sau, mai scurt, *arborizaţii nodulare;* 2. Arborizaţii care par să reproducă arborizaţiile periglomerulare ale lui Cajal; 3. Invârtituri, spirale de fibre care prezintă cea mai mare analogie cu ghemele pericelulare sau cuiburile lui Dogiel.

In toate aceste formaţii A. *nu vede organe de articulaţie interneuronală,* de oare-ce arborizaţiile nodulare conţin cele mai adesea cilindraxe născute dintr'un singur şi acelaşi glomerul, iar ghemele pericelulare sunt formate exclusiv din ramuri eşite din neuronul însăşi pe care-l înbrăţişează.

Asupra rolului acestor formaţii care apar numai când celulele sunt în stare de suferinţă sau pe cale de destrucţie, A. . . se exprimă cam ast-fel: arborizaţiile nodulare reziduale au rolul unor rădăcini prin ajutorul cărora unele neurone măresc cîmpul nutritiv întinzându-se şi la locul neuronelor dispărute, care-i ocupat de celulele satelite ale lui Cajal care formează noduli reziduali.

In cea ce priveşte ghemele pericelulare, ele par a juca un rol analog trofospongiului, mărind suprafaţa de contact între neuron şi propiile-i celule satelite.

Acelaşi rol îl au glomerulii şi fenestraţiile descrise de Cajal în stare normală.

Aceste prelungiri, cu toate că posedă neurofibrili ca cele-lalte prelungiri ale celulei, nu iau nici o parte directă în elaboraţia actelor nervoase; unele din ele însă posedă un tropism însemnat care pare a avea un rol important în funcţiile de nutriţie ale celulei; altele, în special apendicele terminate în bule ale lui Cajal nu se bucură de nici un tropism apreciabil în condiţiile normale, dar ele câştigă un tropism spontan şi se multiplică la infinit dacă se simte nevoia unei reparaţii nervoase.

Semnificarea regenerativă a acestor apendice terminate prin bule a fost complect admisă după Nageotte de Cajal şi Levy.

Marinescu a întreprins o serie întreagă de experienţe asupra simpaticului cervical lucrând cu agenţi fizici, traumatisme, etc., când a constatat, după câte-va zile de la operaţie, afară de leziunile celulelor, că cilindraxele devin mai groase, degenerate, prezentând o stare de destrămare a neurofibrililor.

In jurul unor celule începe a apărea un fel de plex de nouă formaţie în formă de coroană complectă sau limitată: câte odată acest plex pare foarte bogat, une ori împrejurul axonului, alte ori la periferia celulei, constituind un fin plex pericelular.

Alte ori celulele produc prelungiri fine, sau groase, terminate prin inele sau butoni, iar axonele lor produc prin regenerescență colaterală ramuri care formează plexuri periaxonale și pericelulare.

Toate aceste constatări dovedesc, că aceste neoformații, de cilindrax și prelungiri protoplasmice, reprezintă, în caz de leziuni ale celulelor, stări de regenerescență colaterală, terminală sau disociare longitudinală, care sunt capabile să ajute la repararea leziunei nervoase.

De aci prin analogie, când se întâlnesc în stare normală ast-fel de formații curioase ele pot a fi considerate ca rezultatul unei *activități plastice* supra abundente și ca o manifestare a aptitudinei celulelor nervoase la o creștere continuă — sau cum zice Levy — ele servă în condițiile normale să mărească suprafața neuronilor în scopul de a favoriza metabolismul lor.

Deasupra acestor constatări se degajă o altă concluzie: *că neuronul adult nu e fixat într'o formă permanentă și definitivă și că mediul ambiant ca și alți agenți pot să-i imprime modificări morfologice însemnate.*

* * *

Această scurtă trecere în revistă a lucrărilor diferiților autori, de la origina acestei chestiuni până la actualitate, dovedește că această chestiune a istologiei fine a simpaticului este încă necomplectată.

Dar această chestiune nu e nerezolvată numai în părțile ei fine, privitoare la morfologia elementelor, la tipul prelungirilor, la natura plexurilor, la legăturile dintre neurone, cari se obțin prin procedee dificile și complicate, ci chiar în partea ei cea mai simplă, adică asupra aspectului sub care se prezintă în mod normal celulele nervoase simpatice, când sunt studiate prin metode simple și la îndemâna ori-cărui cercetător.

Așa de ex: în ceea ce privește tipurile de celule simpatice, la om și animale, în stare normală, studiate prin metoda Nissl, părerile variază de la autor la autor. Cajal găsește cinci tipuri de celule simpatice, — Marinescu patru tipuri și Laignel-Lavastine trei, — toți bazați pe forma și repartiția cromosomelor în corpul celulei.

De asemenea indecisă este situația nucleului în interiorul celulelor simpatice în stare normală. Unii autori cred, că poziția lui centrală e cea normală; alții pretind, că situația lui excentrică e ceva comun în simpatic și că nu e în legătură cu stările patologice; în fine, alții pretind că în stare normală nucleul are o situație intermediară între cea centrală și periferică.

Față cu această variabilitate de aspecte, ce diferiți autori au observat în stare normală și față cu rezultatele obținute pe cale normală experimentală de: Nageotte, Donagio. Tello, Cajal, Marinescu, Levy, etc. care dovedesc că „Neuronul adult nu e fixat într'o formă permanentă și definitivă“ și că „mediul ambiant ca și alți agenți pot să'i imprime modificări morfologice însemnate“ — credem necesar să dăm aci pe scurt diversele aspecte morfologice de celule simpatice, ce-am întâlnit în cursul unor cercetări întreprinse asupra plexului solar: la om, în diferite maladii grave și la animale pentru control.

I. Prin metodele Nissl și V. Gieson (cu haematoxilină) am constatat: 1. că toate neurocitele solarului prezintă o însemnată avuție în *cromoplasmă;* 2. că ele aparțin în majoritate tipului *gryocrom*, având granulațiile *(cromosomele)* mărunte, distribuite în tot corpul celular și dispuse cele mai dese ori concentric.

Notăm și aci volumul însemnat al nucleului și tendința de concentrare a cromatinei sale către nucleol, a cărui parte pirenică este absolut mascată de cromatină.

Cu privire la poziția nucleului remarcăm și noi, ceea ce s'a constatat de atâtea ori, că în majoritatea cazurilor, nucleul tinde să ia o situație excentrică și să se apropie de periferia celulei.

De altă parte ne-am convins că multe din celulele cu nucleul excentric nu prezintau în restul lor nici o leziune apreciabilă, și de acord cu lucrările mai noi, admitem că, mai ales în ganglionii solari, prezența nucleului excentric nu trebue luată în tot-d'auna ca un semn patologic, tot așa cum se poate ca acest nucleu să fie central.

II. Cât privește morfologia celulelor simpatice, nu suntem de acord cu autorii precedenți:

1. Asupra numărului tipurilor de celule, de oare-ce prin metoda Bielchowsky nu se constată prezența de celule prevăzute numai cu prelungiri scurte (intracapsulare) ca celulele tip I Cajal, — precum și nici celule prevăzute numai cu prelungiri lungi (extracapsulare), ca celulele tip II Cajal — ci, din contră, observate cu atenție, prin acest procedeu de o finetă extremă, toate aceste celule simpatice arată că sunt prevăzute deodată cu prelungiri scurte (intracapsulare) și prelungiri lungi (extracapsulare), cel puțin 1 sau 2, afară de cilindrax — că, adică ele ar aparține numai tipului III Cajal, adică tipului mixt—format din tipul I și II combinate. Ceea ce deosebește între ele aceste celule, este mai ales volumul cor-

pului celulelor şi nici de cum felul prelungirilor, toate celulele având deodată, afară de cilindrax, prelungiri scurte şi lungi.

2. Asupra modului de a se termina prelungirile protoplasmice suntem de acord cu autorii precedenţi, numai în ceea-ce priveşte terminarea *dendritelor scurte* (intracapsulare): *a)* unele într'un buton mai mult sau mai puţin voluminos; *b)* altele sub formă de extremităţi fine şi palide şi în fine *c)* altele, în special dintre cele groase, în măciuci omogene şi de diferite mărimi.

In plus adăugăm că am constatat dese-ori că multe din aceste măciuci subcapsulare au o structură net fibrilară, ale caror fibrile nu sunt de cât continuarea fibrilelor dendritei pe care o termină.

3. In ceea-ce priveşte modul de a se termina *dendritele lungi*, admitem ca destul de frecuentă terminarea lor în formă de *panache dendritique*, puţin dens, descris de Cajal.

In legătură strânsă cu acest mod de terminare al dendritelor lungi stă următoarea constatare: am surprins, deşi rar, în secţiuni, cum două *panaches dendritiques*—de la două dendrite lungi, aparţinând probabil la două neurone diferite—se întâlnesc faţă în faţă, îşi amestecă ramurile întretăindu-se, şi împleticindu-se între ele, formând la o l'altă un plex fuziform ori diform, rezultat din întâlnirea celor două *panaches*.

Un alt mod de terminare al dendritelor lungi, tot atât de frecuent ca cel precedent, este terminarea lor în formă de măciuci: piriformă (fig. 1), sau diformă (fig. 2), cari sunt omogene, intens impregnate, şi situate une-ori lângă corpul altei celule între plelungirile ei (fig. 2), sau la ore-care distanţă de ea (fig. 1).

In faţa acestei din urmă constatări, ne întrebăm dacă nu cumva aceste din urmă terminaţii în formă de măciuci ale dendritelor lungi, au fost luate de Cajal drept terminaţii de fibre probabil aferente (cilindraxile), intru cât între ele există a asemănare prea evidentă.

Strâns înrudit cu acest din urmă mod de terminare al dendritelor lungi, am observat cum unele dendrite extra-capsulare se opresc la oare-care distanţă, relativ mică, de celula lor de origină, şi din extremitatea lor pleacă un însemnat număr de fibrile de diferite grosimi primare, secundare, terţiare, etc... anastomozate între ele, constituind în totalitatea lor un glomerul reticulo-fibrilar de forma unei măciuci alungite, care face impresia că, în loc de a avea o

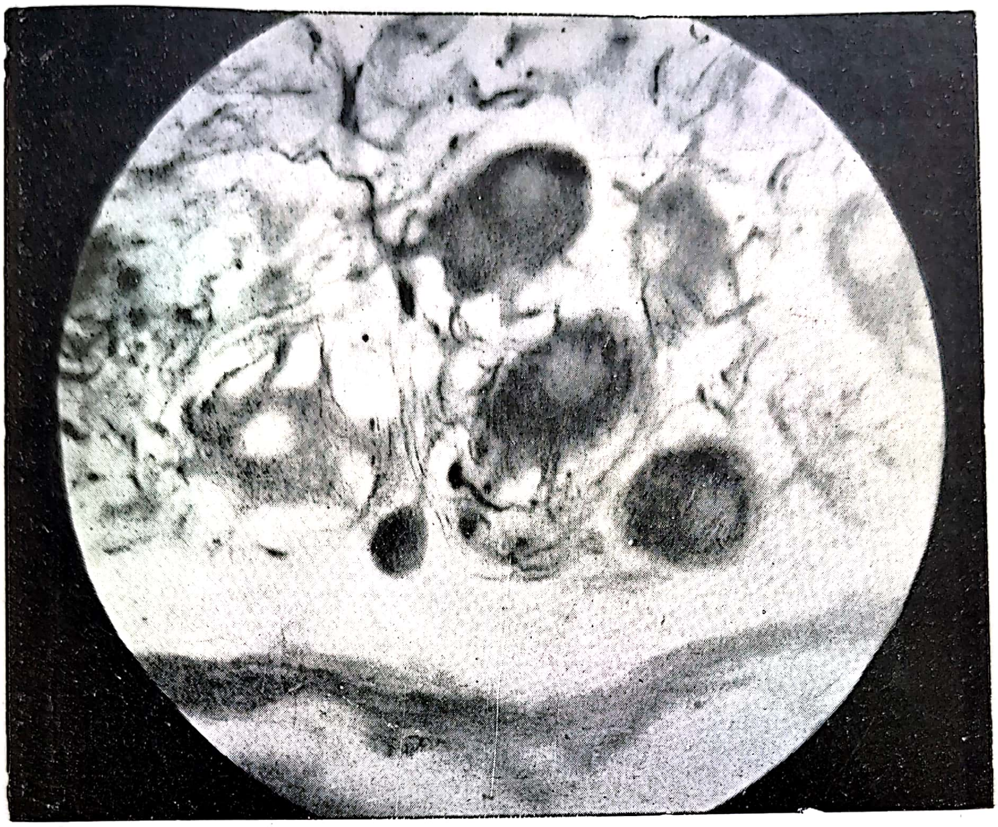


Fig. 1, (microfotografie)
Dendrită lungă terminată în măciucă piriformă

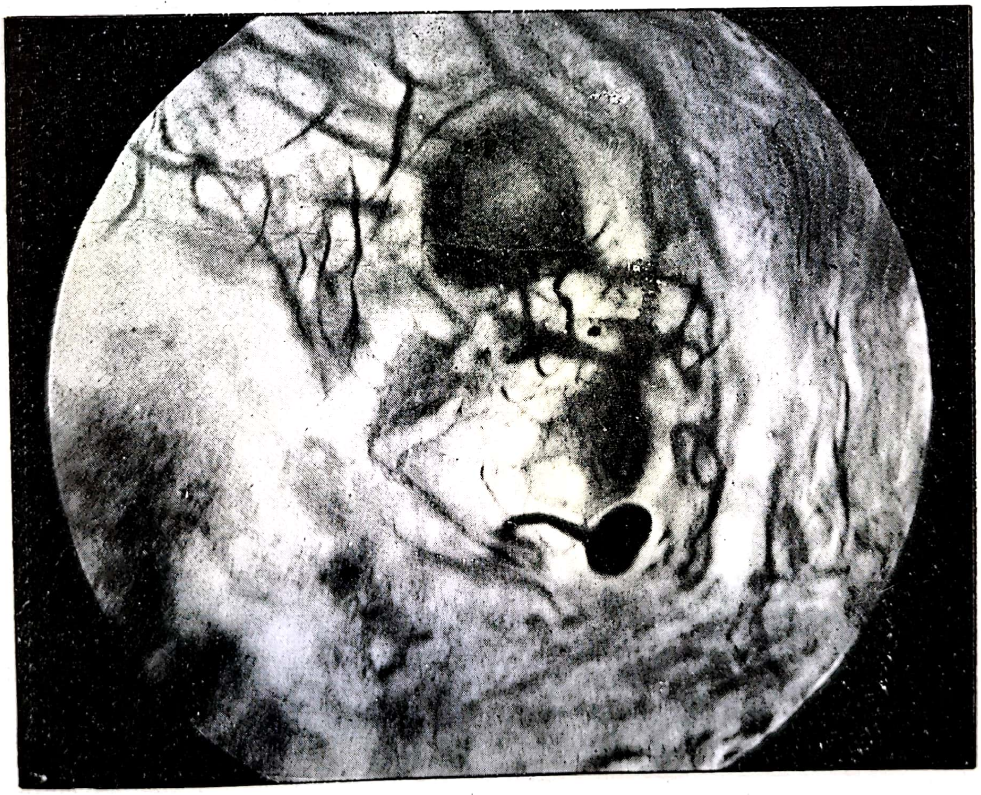


Fig. 2, (microfotografie)
Dendrită lungă terminată în măciucă diformă

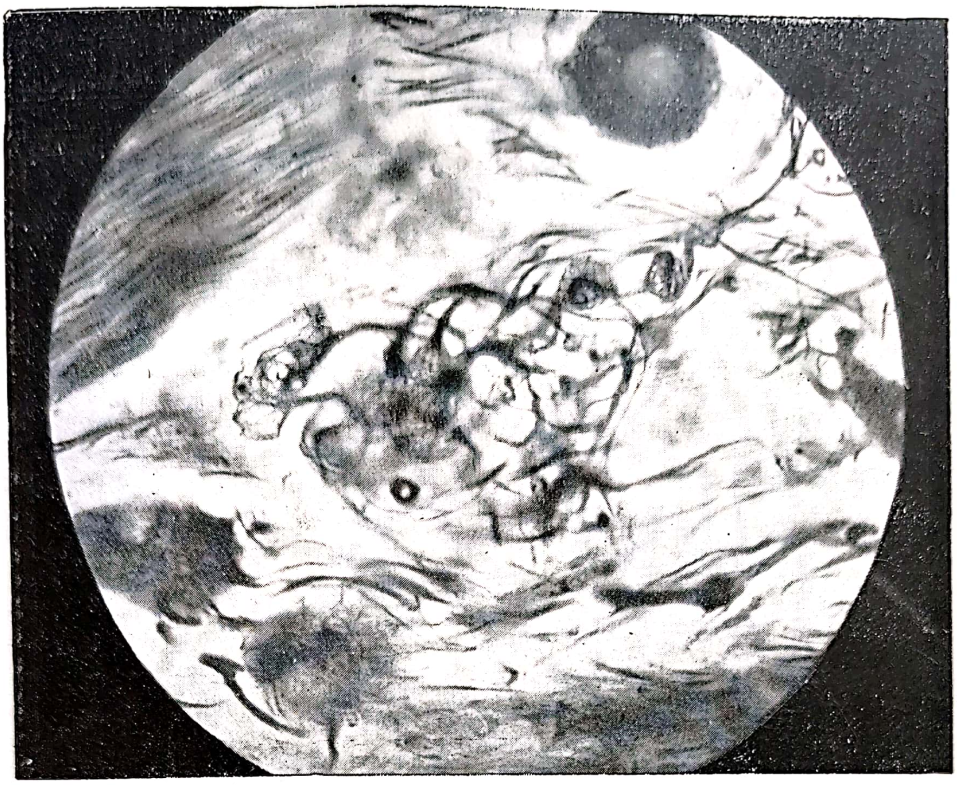


Fig. 3, (microfotografie)
Neurocitul din centrul câmpului are :
In stânga : Dentrită lungă terminată în glomerul reticulofibrilar
In dreapta : Două firbre aferente mici, fine, descriu un ghem împrejurul unei dendrite volumtnoase

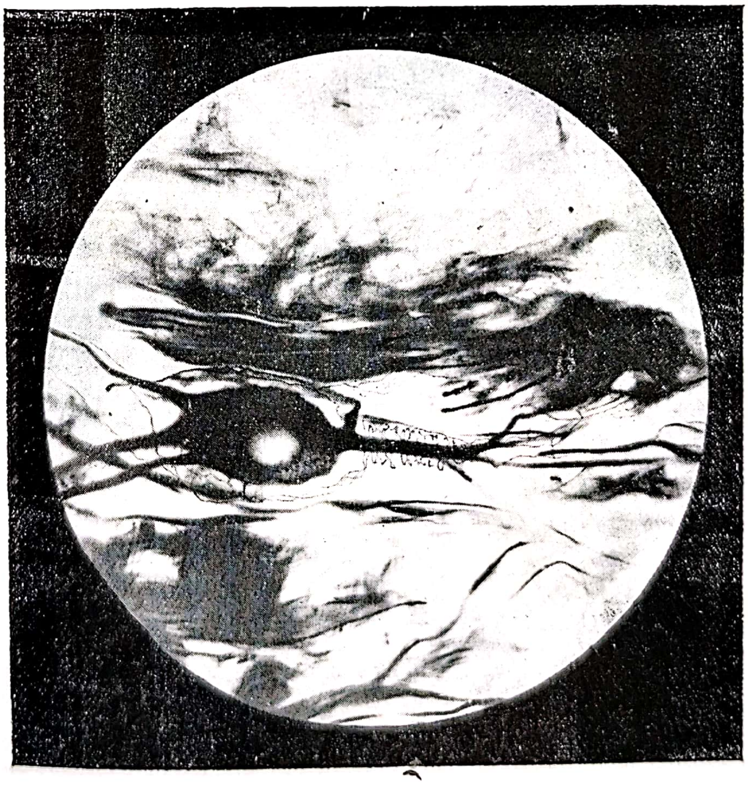


Fig. 4, (microfotografie)
Cilindraxul descriind spirale împrejurul unei prelungiri protoplasmice voluminoase aparţinând ca şi el aceluiaşi neurocit

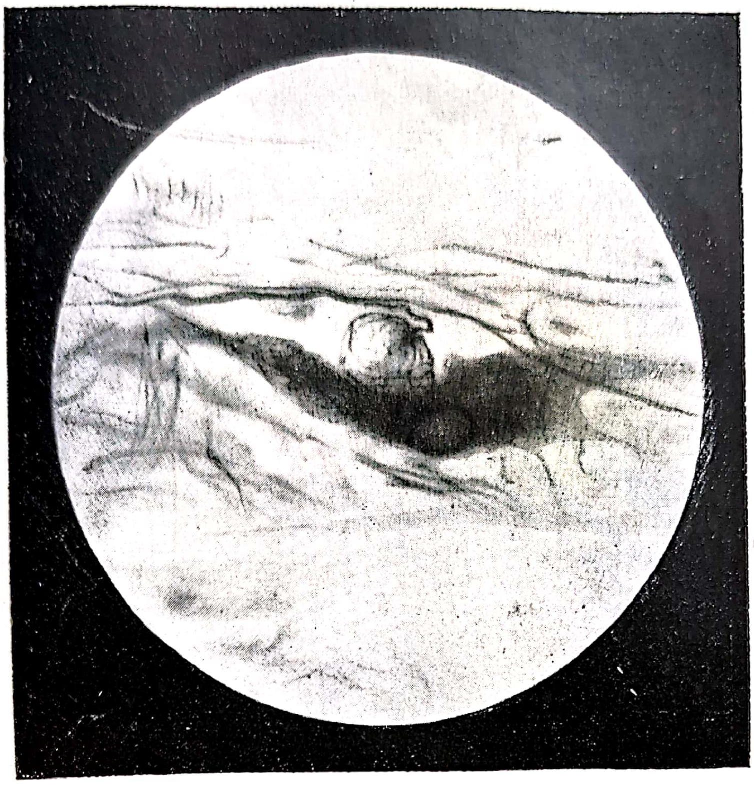


Fig. 5, (microfotografie)
Fibră aferentă terminată într'un ghem recticulo-fibrilar, care-și sapă loc în corpul celulei

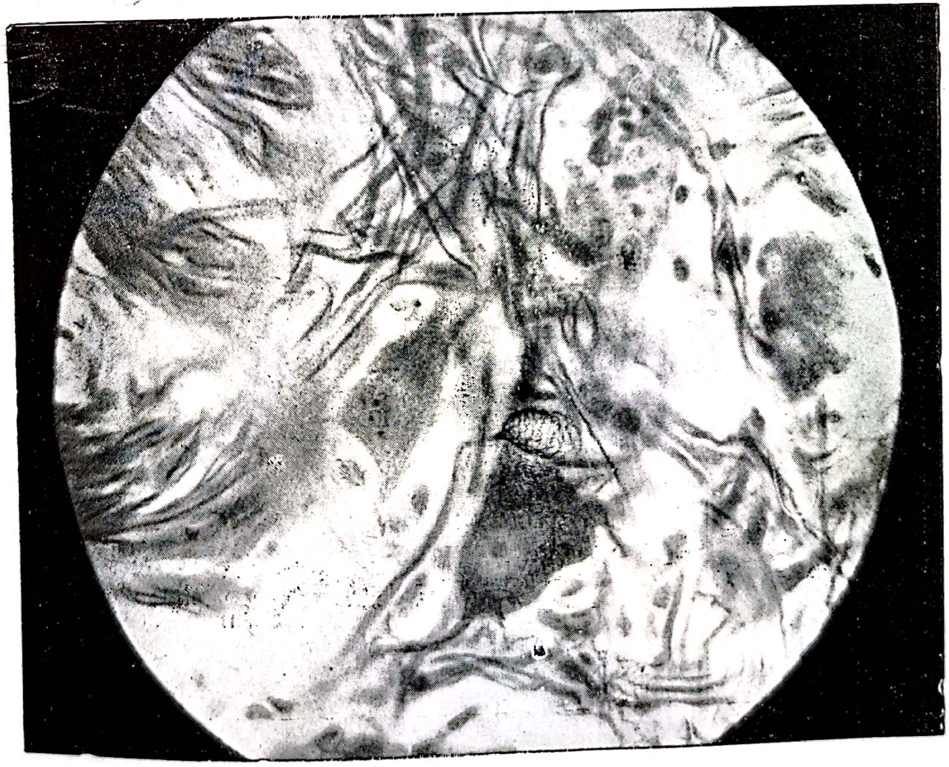


Fig. 6, (microfotografie)
Fibră aferentă terminată într'un glomerul recticulo-fibrilar în formă de spatulă (vezi centrul fig.)

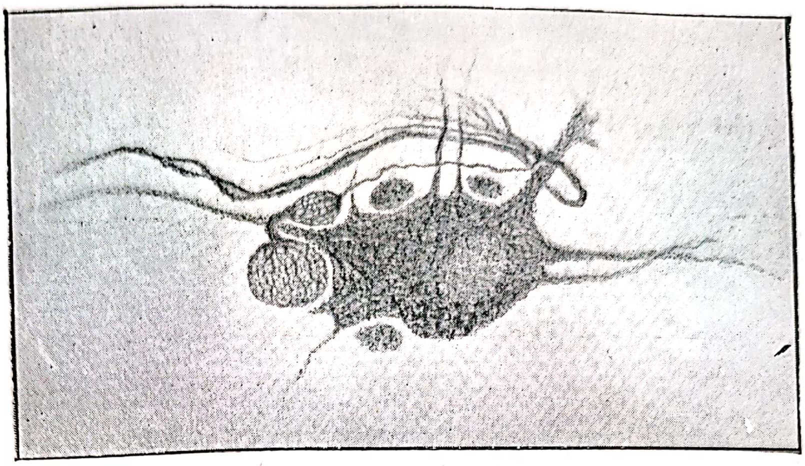


Fig. 7, (desen)
Fibră aferentă terminată într'un ghem recticulo-fibrilar dublu (dreapta figurei)

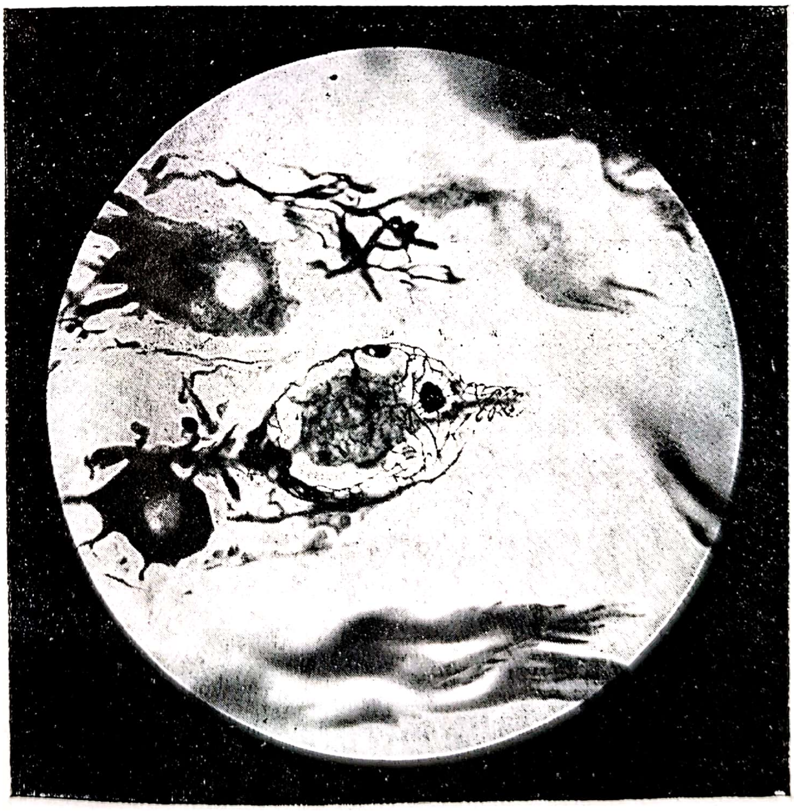


Fig. 8, (microfotografie)
Inceput de plex pericelular de neoformație, cilindraxial

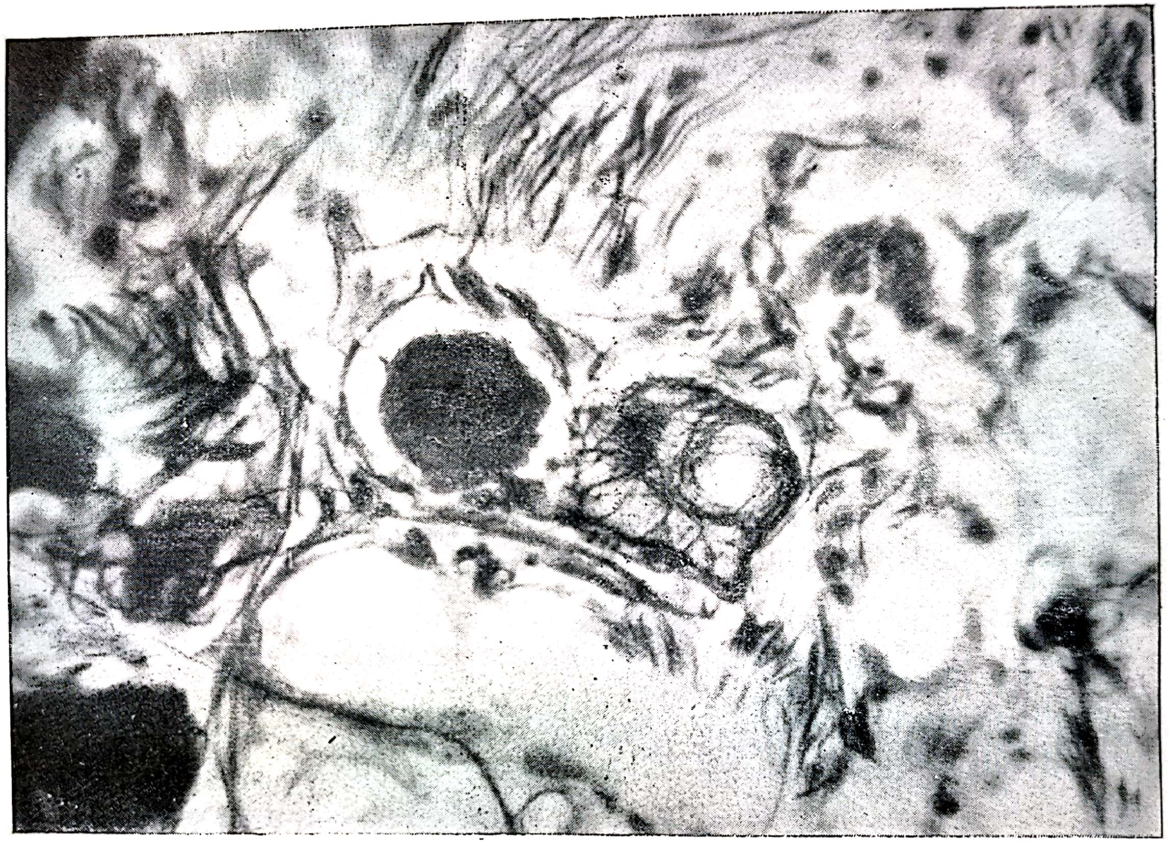


Fig. 9, (microfotografie, imersie

Fibră axonică terminată într'un glomerul recticulo-fibrilar și ale cărei colaterale formează unul sau mai mulți, glomeruli identici, care amintesc : coșulețele pericelulare ale corpului trapezoid, cuiburile pericelulare din jurul celulelor Purkinje sau glomerulii cerebeloși măciucă masivă, ca în cazul de mai sus (fig. No. 1 și 2) avem una fibrilo- reticulată. (vezi fig. 3).

4. Mult mai interesante sunt terminațiile cilindraxiale. *a)* In această privință, recunoaștem, ca și autorii citați, existența plexurilor (cuiburilor) pericelulare și peridendritice sau periglomerulare de natură cilindraxială cu mult mai frecuentă de cât cuiburile de natură dendritică (Cajal).

b) De asemenea ca și ei am întâlnit în interiorul acestor plexuri pericelulare și peridendritice, mai ales la extremitățile ramurilor fine cari pleacă de pe ramurile cilindraxiale ce fac tururi, spirale, descriu meandre, împrejurul dendritelor, terminații în formă de buton opac sau cu centrul clar, în formă de inel sau butoni mai mari.

c) Cât privește traectul fibrelor axiale cari vin de la alt neurocit și descriu spirale împrejurul dendritelor glomerulare de la alt neurocit, suntem de acord cu cei-l'alți autori.

Adăugăm însă ca o raritate, ca o curiozitate istologică, faptul că am întâlnit un neurocit al cărui cilindrax, puțin după emergența sa, descrie o serie de spirale (meandre) împrejurul unei dendrite voluminoase, *care aparține, ca și el, aceluiași neurocit,* și pe care, după oare-care parcurs, o părăsește îndepărtându-se între alte neurocite. (vezi fig. 4).

Afară de aceste constatări concordante cu cele arătate de alți autori, mai adăugăm încă alte moduri de terminare de fibre aferente (cilindraxiale) nedescrise până în prezent:

a) Primul și cel mai interesant constă în prezența unui *ghem* (glomerul) *reticulo-fibrilar,* ce se găsește la extremitatea unei fibre care prezintă toate caracterele unei fibre aferente (v. fig. 5).

Cele mai dese ori fibra nervoasă, înainte de a da naștere ghemului reticulofibrilar, face o cotitură scurtă, un fel de croșet, al cărui vârf se îngroașă brusc și constitue punctul de plecare, origina ghemului reticulo-fibrilar. Din acest punct îngroșat care constitue hilul ghemului, pleacă o mulțime de fibrile primare, iradiind ca niște meridiane dintr'un pol al unei sfere.

Intre aceste fibrile primare, se găsesc foarte dese anastomoze formate din fibrile secundare, terțiare etc., care au un traect sinuos, ondulat, sau chiar unghiular, și cu care la o laltă formează ghemul reticulofibrilar.

Acest ghem sau glomerul are cele mai deseori o formă rotundă sferică (vezi fig. 5), alte ori forma sa e alungită ca o spatulă (vezi fig. 6). El e situat mai totdeauna lângă corpul celulei cu care vine în contact şi în care de cele mai multe ori îşi sapă o depresie destul de adâncă (vezi fig. 5); alte ori ia contact cu o dendrită principală, voluminoasă, chiar la punctul ei de emergenţă din corpul celulei, săpându-şi şi aci o depresiune adâncă (v. fig. 6).

b) Afară de această terminaţie monoglomerulară, am întâlnit fibre aferente terminate tot în formă de ghem reticulofibrilar, însă dublu, adică: pe traectul aceleiaşi fibre se găseşte o primă umflătură, un prim ghem reticulo-fibrilar mic, căruia, după un scurt traect, îi urmează un alt ghem, care nu e altul de cât ghemul reticulofibrilar terminal, mai mare ca cel dintâiu. Acest ghem dublu sau bilobat pare a rezulta în unele cazuri din compresia pe care ar exercita-o vre-o fibră nervoasă care, în trecerea ei peste ghemul primitiv, unilobat, l-ar comprima şi l-ar putea diviza în două, făcându-l dublu, ca în fig. 7.

Or-care ar fi origina şi explicarea acestor terminaţii biglomerulate reticulo-fibrilate, ceea-ce e cert e că fie-care din aceste două gheme de pe acelaşi fir axial îşi sapă câte o adâncătură în corpul celulei cu care vine în contact, la nivelul corespunzător lor; fapt care ar proba că între ele şi neurocitul la care se alipesc ar exista o legătură mai intimă de cât se poate constata pe cale istologică.

c) Tot atât de des am întâlnit un alt mod curios de terminare al fibrelor aferente, care constă în aceea, că firul terminal al fibrei aferente — în loc de a se termina liber între neurone printr'un buton sau inel, cum au arătat şi alţi autori, — descrie în jurul unei dendrite voluminoase de la alt neurocit, în punctul în care vine în contact cu ea, mai multe tururi circulare, formând un fel de ghem puţin dens, care face relief şi seamănă cu o brăţară.

Ast-fel de glomeruli am întâlnit şi câte doi pe aceiaşi dendrită situaţi la oare-care distanţă unul de altul (v. fig. 3 în dreapta).

* * *

Mai rămâne de atras atenţia asupra apariţiei împrejurul neurocitelor profund lezate, pe cale de destrucţie, a unui plex complicat, format din fibre fine, intens impregnate, negre închis, foarte sinuoase, şi din care se detaşează alte fire mai fine, terminate: unele în măciuci mici piriforme, alungite sau diforme, însă foarte intens impregnate;

altele terminate în inel fin; toate laolaltă amintind plexurile de *neoformaţie* ale lui Nageotte, Cajal, Levy, Marinescu, etc. găsite în cazurile de transplantări de ganglioni.

De multe ori am constatat că în constituţia acestor plexuri pericelulare intră deodată mai multe fibre aferente, care vin probabil de la neurociţi diferiţi, căci vin din direcţii diferite împrejurul unei celule, descriind une-ori, în drumul lor spre celulă, spirale împrejurul vre-unei dendrite voluminoase (v. fig. 8).

Un alt mod de a se comporta prelungirile nervoase simpatice de altmintreli foarte curios, e şi următorul (vezi fig. 9):

De la o celulă pleacă o prelungire care e probabil axonică şi care după un traect mai mult sau mai puţin îndepărtat se opreşte, face o cotitură, un croşet, şi apoi se termină într'o umflătură din care pleacă un număr mare de fibre primare, care se subdivid în secundare, terţiare etc., formând în totalitatea lor un glomerul reticulo-fibrilar sferic.

Interiorul acestui glomerul une-ori e gol, adică reţeaua fibrilară ar ocupa numai suprafaţa sferei, ca şi când ar fi existat în interiorul glomerulului o altă celulă care a dispărut; alte ori glomerulul e plin, adică reţeaua fibrilară ocupă tot volumul glomerulului (sferei).

Am întâlnit o celulă, la care pe lângă glomerul reticulo-fibrilar, terminal al fibrei axonice, se constată unul sau mai mulţi glomeruli retriculo-fibrilari identici, formaţi din colateralele aceleiaşi fibre axonale. Aceşti glomeruli retriculo-fibrilari se pot întretăia între ei, adică să-şi amestece fibrilele între ele, în punctul unde vin în contact (vezi fig. 9).

Fibrilele acestor glomeruli par a se termina prin extremităţi libere, căci nu se constată nici un alt fel de terminare ca: buton, inel etc.

Aceşti glomeruli terminali s'ar putea compara întru cât-va cu coşuleţele (corbeille) dimprejurul celulelor corpului trapezoid, formate din o fibră aferentă care se termină prin ramuri fine care înconjură corpul celulelor trapezoidului.

Se mai poate compara şi cu cuiburile pericelulare care există împrejurul celulelor lui Purkinje, şi se pot asemăna cu glomerulii cerebeloşi ca formă, dar de care se deosebesc ca constituţie, de oare-ce aceştia din urmă sunt un specimen de terminaţii de provenienţă variabilă.

* * *

Pentru a ne da seamă de importanţa constatărilor noastre, făcute pe ganglioni solari de adult, am reluat studiul lor pe piese de la copil, la care am constatat următoarele:

1. Terminarea dendritelor scurte (intracapsulare) în formă de buton de volum variabil şi măciuci opace sau neurofibrilate.

2. Terminarea dendritelor lungi (extracapsulare) în formă de măciuci opace sau fibrilate şi în formă de *panache dendritique.*

3. Fibrele aferente (cilindraxi) formând plexuri pericelulare şi periglomerulare, în interiorul cărora se găsesc fibre fine terminate în buton opac sau cu centrul clar, or în formă de inel.

4. Dintre formaţiile descrise de noi, în special n'am întâlnit terminaţiile fibrelor aferente în formă de *ghem reticulo-fibrilar* care-şi fac scobitură în corpul celulei.

Pentru a clarifica şi mai bine această chestie am întrepris acest studiu pe plexul solar de la animale, iar rezultatele la care am ajuns sunt următoarele:

1. Am constatat prezenţa de butoni şi măciuci terminale subcapsulare ale dendritelor scurte.

2. Am găsit dendrite lungi terminate în măciuci omogene, din care unele erau mult mai voluminoase ca cele de la om şi în plus erau înconjurate şi de o capsulă; altele erau mici, diforme, şi intens impregnate.

3. Şi la animale (câine) am constatat destul de des terminaţii cilindraxiale pericelulare, în special periglomerulare, formând plexuri şi descriind spirale împrejurul dendritelor, emiţând în acelaşi timp ramuri fine, terminate în butoni sau inel ca la om.

* * *

Din aceste cercetări de control făcute la copil şi animale cu rezultate negative, reiese că formaţiile curioase descrise de noi, în special ghemul reticulo-fibrilar, terminaţie a fibrelor aferente, sau lipsesc complect la copil şi animale, sau se găsesc sub o formă greu de decelat în câmpul microscopului.

In acest din urmă caz, se naşte întrebarea, care e cauza care pune mai în evidenţă atari formaţii în unele stări de ex: la pacienţii noştri, şi le face neobservabile în altele (copil şi animale).

Dacă ţinem seamă de o parte de faptul că aceste formaţii au fost găsite pe ganglioni solari aparţinând pacienţilor, care suferiseră de maladii grave ca: paralizie generală, pelagră, paludism, demenţă precoce, tuberculoză etc., de alta faptul că aceste formații n'au fost întâlnite sub aceeași formă la copil și la animale sănătoase, s'ar putea conchide a priori că acele formații ar fi în legătură cu starea patologică a indivizilor examinați.

Pentru a ne da cont întru cât stările patologice sunt suficiente să intervie în determinarea apariției și dezvoltărei acestor formații, e de ajuns să amintim, că la pacienții noștri ganglionii solari au fost găsiți în mod constant interesați de diferitele procese morbide enunțate mai sus; că, deci, neurocitele lor au fost atinse în vitalitatea lor; că în fine nutriția lor a fost în bună parte compromisă prin acele procese morbide.

Spre a justifica și mai bine părerea noastră amintim aci lucrările lui Golgi, Nageotte, Cajal, etc. din care reese că: neuronul adult nu e fixat într'o formă permanentă și definitivă, și că mediul ambiant ca și diferiți agenți îi pot imprima modificări morfologice însemnate.

Ne aliăm și noi la părerile autorilor de mai sus și credem că la origina apariției acestor formații, de care e vorba mai sus, este, de cele mai dese ori, o diminuare însemnată în puterea de nutriție a neurocitului, provocată de o cauză patogenă.

Asupra acestui din urmă punct, și în special asupra mecanismului producător al acestor formații, vom reveni la finele descrierei clinice și anatomo-istopatologice a cazurilor care formează obiectul acestei lucrări.

(Va urma)

CRITICI ŞI CRONICI

D-ra Dr. ECATERINA Z. ARBORE

Epidemia de choleră din St. Petersburg

1908 — 1909

Cholera în Rusia în anul 1908

Recapitulând cifrele statistice asupra epidemiei de choleră în Rusia în anul 1908, furnisate de direcţiunea inspecţiunei sanitare generale, găsim că în toată Rusia în anul trecut până la 31 Decembrie 1908 au fost: 30.443 cazuri de choleră, au sucombat 14.347 inşi. Epidemia de choleră n'a încetat cu sfîrşitul anului 1908 căci, aceiaşi direcţiune ne dă la 14 Martie 1909, totalul cazurilor de boală în toată ţara. — 31.874, morţi 14.874.

Din numărul total de cazuri în toată Rusia, avem *numai la St. Petersburg* de la 24 August 1908, începutul oficial al epidemiei, până la 1 Ianuarie 1909 — *9251 cazuri* de choleră din care *3818* cazuri mortale după datele biroului statistic sanitar al capitalei Rusiei. Epidemia continuă şi după 1 Ianuarie 1909 la St. Petersburg, la 4 Aprilie 1909 avem pentru Petersburg totalul cazurilor de la începutul epidemiei egal — 10.234, morţi 4008. Din cifrele statistice şi din observaţiunile adunate reiese că, actuala epidemie de choleră, extensivă şi nu tocmai mare la început, s'a concentrat şi a găsit împrejurări favorabile pentru a-şi creia un focar de lungă durată în capitala Rusiei... După părerile bacteriologilor ruşi Zabolotny, Iakovleff, Zlatognoff şi alţii, epidemiile de choleră de obiceiu au apărut la Petersburg în al doilea an după ivirea lor în Rusia, dar trecând la Petersburg au ţinut în totdeauna mai mulţ ani dearândul. Ast-fel epidemia de la anii 1852—1862 a ţinut 9 ani. Adese epidemiile lungi erau întrerupte cu intervale scurte, fără cazuri de boală.

Ast-fel epidemia din anul 1892 s'a început la 14 Iulie şi s'a sfîrşit la 28 Decembrie, reîncepe la 2 August 1893, se termină la 9 Februarie 1904, din nou apar cazuri cholerice la 14 Iunie 1894, până la 13 Octombrie 1894, se reîncepe apoi epidemia la 3 Octombrie 1895 şi se termină la 11 Februarie 1896. Apoi după 8 luni nefiind cholera nicăeri în Rusia, în unul din spitalele Petersburgului, sucombă un individ de cholera. Sus numiţii bacteriologi, sunt de părere că între izbucnirile epidemiei, se întâmplă şi cazuri izolate de cholera uşoară, cari trec nediagnosticate. Părerea profesorului Ivanovsky, exprimată deja în anul 1871: Epidemia de cholera la St. Petersburg, s'a declarat oficial la 25 August, iar din darea de seamă a laboratorului comunal se cunosc că au fost două cazuri, la 9 şi la 22 August 1908, în cari examenul bacteriologic a arătat prezenţa vibrionilor cholerici. Amândouă aceste cazuri erau relative la 2 inşi, locuitori din Ohta şi Polyostrov, cartiere mărginaşe oraşului. S'a aflat de asemenea, că şi mai înainte, în Iunie şi Iulie, în unul din spitalele oraşului, au fost mai multe cazuri de gastro-enterite foarte suspecte, dar din cari puţine s'au terminat cu moarte şi cari n'au fost supuse examenului bacteriologic. Cu toate acestea în unul din aceste cazuri, cu cianoză, ipotermie, vărsături etc., din scaunele bolnavului, supuse examenului bacteriologic, s'a izolat un vibrion morfologiceşte identic cu cel choleric, dar care din nefericire n'a fost supus reacţiunei de agglutinare

Se ştie de asemenea, că în Noembrie 1907, în spitalul Maria Magdalena murise un bolnav, din intestinele căruia D-l Dr. Kulişa a izolat un vibrion, care poseda toate proprietăţile celui choleric.

Deci epidemia de cholera la Petersburg, după toate probabilităţile a început cu mult înainte de luna August, dar exista în formă uşoară şi numai în luna August, printr'o creştere bruscă numai în câte-va zile, a prezentat traseul caracteristic epidemiilor de cholera şi foarte asemănător traseului epidemiei din Hamburg. Epidemia din August, nu era deci în legătură cu recrudescenţa epidemiei din luna Iulie în localităţile de pe Volga, Ţareţin şi Arkadak), dar mai de grabă în legătură cu cazurile de aşa zise gastro-enterite din însăşi Petersburg.

De la 25 August 1908 până la 1 Martie 1909, s'au îmbolnăvit la Petersburg 10.122 inşi de cholera, din cari 6256 bărbaţi şi 3860 femei. Din aceştia au sucombat 4216 inşi: 2637 bărbaţi şi 1579 femei. Cele mai multe cazuri au fost în luna Septembrie:

6799 cazuri, adică 67 % din total, şi din aceste la 9 Septembrie, cel mai mare număr zilnic — 444 inşi.

Epidemia de la Petersburg a fost foarte extensivă, s'a întins în tot oraşul, dar cazurile de boală nu erau desemnate în mod uniform în tot oraşul.

Cele mai atinse au fost cartierele Rojdestwenski şi Alexandro-Nevskai, mărginaşe ale oraşului şi cu populaţie de muncitori, cel mai puţin atins a fost cartierul din centru Admiralteiskaia; s'a observat de asemenea că epidemia actuală se deosebeşte de epidemia din Peterssurg din anii 1892 — 1895 prin faptul că în anul 1892, au fost mai atinse cartierele alimentate cu apă nefiltrată, iar în anul 1908 — 1909, altele.

Voi descrie mai larg, modul de alimentare cu apă potabilă a Petersburgului, canalizarea defectuoasă, care din punct de vedere igienic, lasă capitala Rusiei într'o stare de inferioritate, nu numai faţă de oraşele europene, dar şi faţă de alte oraşe din Rusia chiar, de exemplu Moscova; pentru moment citez numai faptul că două cartiere mari din Petersburg, acele aşa zise „Zaretchnaia“ (dincolo de râu) Viborgskaia şi Petersburgskaia sunt alimentate cu apă nefiltrată din râul Neva. Aceste cartiere au fost cele mai pătimite în epidemia de cholera precedentă din anii 1892 — 1896; aceste cartiere sunt locuite de o populaţie în mare parte săracă şi muncitoare. In epidemia actuală, numărul cazurilor de boală în aceste cartiere a fost mai mic de cât în alte cartiere locuite de muncitori şi alimentate cu apă filtrată.

După vârsta bolnavilor, procentul cazurilor de boală ni se prezintă în modul următor: de la 0 — 6 luni vârstă au fost bolnavi 0,1 % din cazuri; de la 6 luni la 1 an = 9,3 %; de la 1 — 5 ani au fost 3,5 %; de la 5 — 10 ani = 2,5 %; de la 10 — 15 ani = 3,4 %; de la 15 — 20 ani = 10,3 %; de la 20 — 30 ani = 24,9 %; de la 30 — 40 ani = 23,9 %; de la 40 — 50 ani = 14,9 %; de la 50 — 60 ani = 8,1 %; de la 60 — 70 ani = 2,8 %; de la 70 ani în sus = 1,3 %; etate necunoscută = 4 %. — Deci cele mai multe cazuri de boală au loc în vârsta de la 20 — 30 ani. Procentul de mortalitate faţă de cazuri de boală este de 43,3 %, deci nu se deoseveşte de procentul obicinuit din epidemiile de cholera din anii trecuţi, variând intre 40 — 50 %.

Dacă considerăm mortalitatea faţă de bolnavi de diferite vârste găsim că: în etate de le 0 — 6 luni au murit 75 % din bolnavi;

de la 6 luni la 1 an = 70,4 °/₀; de la 1 — 5 ani = 56°/₀; de la 5 — 10 ani = 27 °/₀; de la 10 — 15 ani = 15,6 °/₀; de la 15—20 ani = 18,1 °/₀; de la 20 — 30 ani = 31,5 °/₀; de la 30 — 40 ani = 46,3 °/₀; de la 40 — 50 ani = 62 °/₀; de la 50 — 60 ani = 66,6 °/₀; de la 60 — 70 ani = 66,6 °/₀; de la 70 ani în sus 73 °/₀.

Analizând procentul cazurilor de boală, faţă cu numărul locuitorilor din diferite cartiere ale oraşului, se vede că până la 1 Ianuarie 1909: cartierul din centrul oraşului, Admiralteiskeia cu 40.272 ldcuitori, a dat 32 cazuri de cholеră, adică 7,5 la 10.000 locuitori; Kazanskaia: 56.483 locuitori, 70 cazuri de choleră = 12,3 la 10.000 loc.; Spaskaia: 112.773 locuitori, 343 cazuri de choleră = 30.4 la 10.000 loc.; Kolomenskaia: 71.431 locuitori, 210 cazuri de choleră = 29,3 la 10.000 loc.; Narvskaia: 121,909 locuitori, 583 cazuri de choleră = 47,8 la 10.000 locuitori; Moscovskaia: 254.658 locuitori, 335 cazuri de choleră = 21,6 la 10.000 loc.; Alexandro-Novskaia: 124.931 locuitori, 847 cazuri de choleră = 67,7 la 10.000 loc.; Rojdestvenskaia: 105.361 locuitori, 851 cazuri de choleră = 80,7 la 10.009 loc.; Liteinaia: 114.022 locuitori, 172 cazuri de choleră = 15 la 10.000 loc.; Wasiliewskaia: 131.087 locuitori, 672 cazuri de choleră = 51,2 la 10.000 locuitori; Petersburgskaia: 119.625 locuitori, 419 cazuri de choleră = 35 la 10.000 loc.; Wiborgskaia: 95.570 locuitori, 264 cazuri de choleră = 27,6 la 10.000 locuitori.

Deci cartierele Wiborskaia şi Petersburgskaia (cele cu apă nefiltrată) au dat procentul de 35 şi 27,6 cazuri la 10.000 locuitori, pe când cartierele mărginaşe Rojdestvenskaia şi Alexandro-Nevski, au avut 80,7 şi 67,7 cazuri la 10.000 locuitori. Cartierele cu populaţia mai deasă au dat mai mare procent de bolnavi, de unde una din concluziile comisiunei sanitare comunale, că factori în răspândirea epidemiei au fost nu numai apa dar şi bacilen-tregerii.

Intru cât priveşte profesiunile de multe ori n'au fost indicate în buletinele sanitare ale bolnavilor, cu toate acestea şi din datele adunate se poate lesne dovedi că epidemia a bântuit numai în clasa proletară; cele mai multe cazuri au fost muncitori cu ziua: bărbaţi 1948, femei 432 = total 2380 inşi din 10.122, din cari au murit 848. Apoi avem cele-l'alte categorii de muncitori; bărbaţi: tâmplarii şi lemnarii 381, cismarii 133, lucrători la fabrici 115, birjari 322, mici negustori 309, portari 181, lucrători pe vase 90; femei: servitoare 700, menagere 695, lucrătoare la fabrici 154, spălătorese

168; copii: 356 băeţi şi 573 fete; infirmieri la spitale 20, infirmiere 63.

Analizând influenţa profesiunilor, nu numai în epidemia de la St. Petersburg, dar şi în alte localităţi din Rusia, pretutindeni se constată acelaşi fapt; marele număr de bolnavi îl dau muncitorii cu ziua, cei plătiţi mai puţin şi cari trăesc în condiţiuni sanitare mal rele, cei adesea lipsiţi de lucru, şi cari se hrănesc odată pe zi; procentul muncitorilor cu ziua, între toţi bolnavii de holeră se ridică până la 60,5 °/₀ câte odată, cum s'a constatat în epidemia de cholera din oraşul Rostov pe Don, în anul 1907. Relativ, e mic numărul bolnavilor între lucrătorii de fabrici, cari sunt în deobşte mai culţi şi trăesc la domiciliile lor în condiţiuni relativ mai igienice; cu toate acestea aglomeraţia e mai mare aci şi deci, nu aceasta joacă principalul rol între cauzele boalei... In epidemia de la St. Petersburg s'a căutat a se stabili procentul de bolnave între spălătorese, dar nu s'a putut fixa de cât aproximativ 1,4 °/₀ bolnave, faţă de numărul total al spălătoreselor. Desele contagiuni prin rufele bolnavilor s'ar fi constatat după părerea lui Gamaleia, de oare-ce rufele prezintă un mediu favorabil pentru înmulţirea vibrionilor. In epidemia din Petersburg numeroase au fost cazurile de choleră şi între servitori şi servitoare. Faptul acesta ar pleda în favoarea contagiunei prin apă, de oare-ce servitoarele trăesc în condiţiuni sanitare relativ mai bune. In epidemiile mici, cari au izbucnit la Petersburg în câte-va instituţiuni, în şcoala de iunkeri de la Pavlovsk, în azilul de bătrâne, în comunitatea Georgievskaie primii bolnavi, au fost servitori din bucătărie.

Intru cât priveşte categoriile de domiciliu, starea locuinţelor bolnavilor de choleră, biroul de statistică sanitară comunal al Petersburgului n'a putut culege de cât cifre aproximative, din buletinele cholerice. Ast-fel sunt indicate: locuinţe ocupate de o familie, în 1002 cazuri de bolnavi bărbaţi, în 794 cazuri la femei; odăi comune pentru mai mulţi locuitori: în 296 la bărbaţi, în 28 cazuri la femei; pat cu chirie: la 278 bărbaţi, 139 femei; atelier: la 25 bărbaţi, 20 femei; păvălie: 33 bărbaţi, 5 femei; aziluri de noapte: la 84 bărbaţi, 12 femei; hanuri: 6 bărbaţi, 1 femee; bărci şi vapoare: 58 bărbaţi, 1 femee; camere mobilate: 44 bărbaţi, 54 femei; cazarmă: 22 bărbaţi; şcoli: 60 bărbaţi, 3 femei; asiluri de copii: 1 băiat, 12 fete; asiluri de bătrâni: 10 bărbaţi, 30 femei; mănăstiri: 1 bărbat, 1 femee; spitale: 6 bărbaţi, 53 femei; închisori: 5

bărbaţi. In restul cazurilor, adecă în majoritate, felul locuinţei n'a fost indicat. Domiciliile bolnavilor cholerici, întru cât s'au putut afla adresele lor au fost inspectate cu deamănuntu de către medicii sanitari în timpul epidemiei şi defectele sanitare au fost consemnate într'un memoriu special. In lunile Decembrie 1908, Ianuarie şi Februarie 1909, o parte din locuinţele în cari au fost cazuri de choleră, au fost inspectate în special de către medici bacteriologi şi din locuinţele inspectate 87 °/₀ au fost găsite cu totul nehigienice, murdare, prea puţin încăpătoare.

Chestiunea locuinţelor şi în special existenţa unor focare de choleră în anumite case, a fost relevată în timpul ultimei epidemii la Petersburg, mai mult de către presa zilnică; se citau în special 34 case în cari s'ar fi repetat la scurte intervale, mai mult de 10 cazuri de choleră în fie-care. Comisiunea sanitară de sub preşedinţia D-rului Oppenheim, a luat în cercetare faptele citate în luna Noembrie şi în şedinţa din 17 Noembrie 1908, a comunicat rezultatul cercetărilor. cum că din cele 34 locuinţe, numai 5 au putut fi considerate ca fiind focare de boală, în care au avut loc de la 10 — 30 cazuri de choleră consecutiv, la intervale mai mici de 5 zile, termenul de incubaţie a cholerei.

Mersul epidemiei de choleră la St. Petersburg în anul 1908

pe sătămâni	cazuri de boală	sucombaţi
De la 24 August până la 30 August 1908	197	53
„ 31 „ „ 6 Septemb. „	1805	567
„ 7 Septemb. „ 13 „ „	2568	1113
„ 14 „ „ 20 „ „	1535	703
„ 21 „ „ 27 „ „	794	381
„ 28 „ „ 4 Octomb. „	418	193
„ 5 Octomb. „ 11 „ „	257	111
„ 12 „ „ 18 „ „	126	71
„ 19 „ „ 25 „ „	103	44
„ 26 „ „ 1 Noemb. „	105	34
„ 2 Noemb. „ 8 „ „	70	26
„ 9 „ „ 16 „ „	112	32
„ 17 „ „ 22 „ „	154	45
„ 23 „ „ 29 „ „	171	66
„ 30 „ „ 6 Decemb. „	120	40

pe săptămâni	cazuri de boală	sucombaţi
De la 7 Decemb. până la 13 Decemb. 1908	107	38
„ 14 „ „ 20 „ „	121	36
„ 21 „ „ 27 „ „	96	40
„ 28 „ 1908 „ 3 Ianuarie 1909	187	46
„ 4 Ian. 1909 „ 10 „ „	273	114
„ 11 „ „ 17 „ „	193	52
„ 18 „ „ 24 „ „	160	42
„ 25 „ „ 31 „ „	141	40
„ 1 Februarie „ 7 Februarie „	109	39
„ 8 „ „ 14 „ „	88	25
„ 15 „ „ 21 „ „	68	27
„ 22 „ „ 28 „ „	46	11
„ 1 Martie „ 7 Martie „	42	6
„ 8 „ „ 14 „ „	25	5
„ 15 „ „ 21 „ „	10	3
„ 22 „ „ 28 „ „	13	2
„ 29 „ „ 4 Aprilie „	29	3
„ 5 Aprilie „ 11 „ „	19	1

II

Organizarea sanitară în timpul epidemiei de cholera la St. Petersburg în 1908

După darea de seamă publicată de primăria oraşului St. Petersburg, măsurile dictate şi puse în practică în timpul epidemiei de choleră din anul 1908, au avut în vedere mai cu seamă prevenirea contagiunei de la om la om (prin contact). In privinţa organizărei sanitare adoptate în timpul acestei epidemii, comisiunea sanitară anti-cholerică comunală, care se afla sub preşidenţia doctorului Oppenheim, a fost învinuită că a ignorat modul de contagiune prin apa de beut şi n'ar fi luat măsuri preventive suficiente în această privinţă. Comisiunea sanitară pe de altă parte a susţinut cum că adoptând organizarea sanitară, pe care o vom descrie mai la vale, s'a bazat pe considerantele următoare:

„Admiţând că *apa de beut*, este adesea una din cauzele epidemiei şi nu numai atunci când conţine chiar vibrioni cholerici, dar chiar când fiind lipsită de microbi patogeni este de calitate rea, căci prin acţiunea ei vătămătoare asupra căilor gastro-intestinale, predispune organismul la infecţiune. Chestiunea apei este de cea mai mare importanţă la St. Petersburg, unde oraşul este alimentat cu apă din Neva, care pe zi ce merge se infectează tot mai mult.

Apariţiunea vibrionilor în apa din Neva, prezintă într'adevăr o primejdie mare pentru locuitorii oraşului, fiind faptul bine cunoscut atât de medicii oraşului cât şi de serviciul tecnic, că filtrele oraşului nu răspund de loc cerinţelor ştiinţei moderne. Ori specialiştii technici, consultaţi înainte de epidemie, în vederea acesteia, au arătat că o reparaţie a filtrelor existente şi construcţia câtor-va filtre noi, ar cere o cheltuială enormă şi cu totul zadarnică, căci n'ar fi de cât o măsură paliativă de scurtă durată pentru higiena oraşului, cât timp apa se va lua tot din râul Neva, înăuntru limitelor oraşului, cum se face acum. Apa din filtrele actuale, care lasă să treacă 40—50°/₀ din microbi, nu prezintă nici o garanţie contra infecţiunilor din apă.

Comisiunea sanitară, recunoscând în teorie că ar fi trebuit în timpul epidemiei, să se facă analize zilnice, bacteriologice ale apei de beut, a socotit totuşi că acest control bacteriologic zilnic ar fi fost eficace, numai în cazul când fie-care cercetare bacteriologică, ar fi urmată de o măsură practică, care ar înlătura defectele găsite. Aceste măsuri însă erau imposibile de realizat la Petersburg. Ast-fel conform cerinţelor igienice, o apă care ar conţine peste 100 bacterii la cm. c. ar trebui scoasă din consumaţie, dar în acest caz la Petersburg trebue scoasă din circulaţiune apa din toate cele 18 filtre existente.

Din aceste motive, comisiunea sanitară a găsit inutil de a institui analize zilnice ale apei de beut şi s'a mulţumit cu examene bacteriologice odată pe săptămână. La 12 Septembre 1908, pentru prima oară s'a constatat prezenţa vibrionilor cholerici în apa luată din râu, precum şi în apa filtrată din conductele de apă din oraş. Această descoperire, nu a fost urmată de nici o măsură practică menită de a înlătura primejdia infecţiunei din apă. La 20 Septembre examenul bacteriologic al apei a arătat din nou prezenţa vibrionilor cari au persistat şi la 1 Ianuarie 1909, însă toate comisiunile întrunite, atât cele sanitare cât şi cele tecnice n'au putut găsi nici o soluţie radicală în această privinţă, măsurilor de luat.

Comisiunea sanitară pentru prevenirea infecţiunei din apă s'a mulţumit atunci cu înştiinţare prin publicitate, placarde. sfaturi, a populaţiunei despre primejdia la care se expune întrebuinţând apă nefiartă, şi a organizat o distribuire gratuită a apei fierbinte şi a apei fierte în tot oraşul. Discutându-se posibilitatea de a introduce filtre de casă, de a încerca ozonisarea apei, aceste măsuri au fost găsite ca puţin practice şi neeficace.

Considerând toate aceste, comisiunea sanitară din Petersburg, zice că n'a avut altă soluţiune de cât să pună în practică sistemul adaptat în Prusia în anul 1905, să-şi ia ca bază în prevenirea şi în lupta cu epidemia de choleră, izolarea bolnavilor, desinfectarea lucrurilor lor şi întru cât era posibil izolarea indivizilor suspecţi.

Inainte de a descrie organizarea sanitară, care a funcţionat la Petersburg în timpul epidemiei de choleră din anul curent, voi aminti datele comunicate comisiunei sanitare anticholerice, de d-rul Raşkovitch, medic sanitar, asupra sistemului de alimentare cu apă a capitalei Rusiei.

Petersburgul până la anul 1858, n'a avut nici canalizare, nici conducte de apă, apa din râul Neva, cu care se alimenta, era renumită ca apă bună şi curată.

In anul 1864 s'au făcut conducte de apă pentru 9 cuartiere ale oraşului, cele de pe malul stâng al râului Neva; cu aceste conducte se furniza 450.000 vedre de apă în 24 ore. O societate pe acţiuni a construit aceste conducte. Din anul 1876 Petersburgul fu alimentat cu apă prin patru conducte de apă, separate cu patru staţii de apă.

Conductele aduceau apă nefiltrată din râul Neva, şi numai în anul 1889 o societate engleză a luat în antrepriză şi a construit filtre pentru partea oraşului de pe malul stâng al râului Neva. In anul 1891 primaria oraşului a răscumpărat canalele de apă şi din anul 1893 alimentarea cu apă a oraşului a trecut la administraţia comunală. In anul 1901, consumaţia de apă ajunsese la 27.800.000 vedre zilnic, adecă cam la 22,2 vedre de apă de cap de locuitor, cifră mai mare de cât în ori-ce oraş European, exceptând Roma.

In anul 1902 s'au introdus contuare de apă, şi în anul 1903 consumaţia zilnică a scăzut la 20.600.000 vedre, adecă 16 vedre zilnic pe cap de locuitor.

In anul 1905, sau adăugat noui conducte de apă în cuartierul Wasilievski, şi consumaţia totală a devenit iarăşi mai mare. Cantitatea apei consumate în cuartierele de pe malul drept al râului e mult mai mică. Apa costă 6 kopeici (15 bani) 100 vedre. Deci din punct de vedere higienic, cantitatea apei furnisate locuitorilor orașului Petersburg e suficientă. Calitatea ei, însă lasă mult de dorit.

In anul 1889, s'au construit pentru apa, care era adusă în cuartierele orașului de pe malul stâng (centru) filtre de nisip, sistemul englez, compuse din 11 câmpuri cu suprafaţa totală de 5.200 st. pătraţi cu iuţeală medie de filtraţie 1 oră 9″, deci 5,48 metri în 24 ore, fiind iuţeala normală pentru un filtru 2,4—4 metri, în 24 ore, filtrele n'au fucţionat bine de la început; cerându-se din ce în ce mai multă apă pentru consumaţie, s'a admis în urmă o iuţeală de 9,1 metri. Ca să se filtreze atâta apă cât se cerea, filtrele au trebuit să fie des curăţate de unde stratul filtrant fiind prea subţire, efectul bacteriologic al filtrărei era și mai mic. In ultimii ani neajungându-se apa, se adaugă și apă nefiltrată. In anul 1895 s'au construit 7 filtre noi cu suprafeţe de 4.000 st. patr. și s'au roînoit filtrele vechi, care erau cu totul infectate.

Filtrarea se ameliorase în anii 1900—1904 și din nou s'a stricat în anul 1905.

Analizele laboratorului comunal că forţa bacteriologică a filtrelor comunale nu întrece în mediu 60 %; filtrele lasă să treacă de la 40—71 % din bacterii, de și unele părţi din filtru filtrează până la 90 %, însă altele din contra lasă să treacă. Deci starea filtrelor din Petersburg lasă mult de dorit. Două cuartiere mari Petersburgskaia și Viborgskaia primesc și acum numai apă nefiltrată, în actuala epidemie de choleră aceste cartiere au pătimit mai puţiin, deși amândouă sunt cuartiere locuite de o populaţie mai mult nevoiașe. Deci, în ori-ce caz filtrarea apei la Petersburg, n'a avut nici o influenţă asupra micșorărei epidemiei. In nenumărate rânduri bacteriologii au constatat prezenţa vibrionilor cholerici în apa filtrată, din robinetele din casă.

Se știe că epidemiile de febră tifoidă nu încetează la Petersburg, ast-fel în anul 1906 morbiditatea prin febră tifoidă ajunsese la 164,7 la 10.000 locuitori. Dar de când s'a introdus apa filtrată s'a observat totuși o scădere a mortalităţei de febră tifoidă, mai ales în anii când apa era mai bine filtrată. Epidemia de choleră precedentă din anii 1892—96 păru de asemenea a se resimţi de filtrarea apei, fiind mai tare în cartierele alimentate cu apă nefiltrată, in actuala epidemie s'a constatat contrariul.

Cercetările făcute de comitetul bacteriologic, organizat de comisiunea sanitară a orașului au arătat după comunicarea făcută în şedinţa de la 18 Decembre 1908, că partea rîului Neva, în locul unde se ia apă pentru conductele oraşului, este infectată de o mulţime de canale de scurgere de lături, din fabrici, şi din spital. Pe lângă mal aflându-se adăposturi pentru bărci, cursul apei e încetinit şi apa în acel loc e mult mai infectă de cât cea luată din râu, puţin mai sus... Tot în acea şedinţă s'au propus ca măsuri paliative pentru viitor, îndepărtarea bărcelor din acel loc, asanarea malului şi străzilor învecinate, ca măsuri mai radicale schimbarea locului pentru canalele de scurgerea lăturilor.

Cu ocaziunea, discuţiunilor bacteriologilor şi igieniştilor ruşi, asupra cauzelor epidemiei din Petersburg, un bacteriolog din Moscova, d-rul Blumenthal, într'o dare de seamă făcută la societatea de apărare sănătăţei publice, a stabilit o paralelă între starea sanitară din Petersburg şi Moscova. Considerând că epidemia din Petersburg e o epidemie prin infecţie din apă, a arătat că Petersburgul în privinţa sanitară stă mai rău de cât multe oraşe din provincie. Neputând să scoaţă din oraş toate murdăriile, conţinutul latrinelor pătrunde până în apa subsolului, care infectează solul. Apa care se ia din Neva, înăuntru limitelor oraşului e cu totul infectă şi filtrarea este iluzorie.

Aceasta ne explică şi epidemiile de febră tifoidă, care au bântuit în Petersburg în ultimii ani; din contră la Moscova epidemiele de febră tifoidă au scăzut foarte mult în aceşti ani. Epidemiele de choleră în general au fost mai intensive la Petersburg de cât la Moscova în tot secolul trecut. Petersburgul a fost unicul oraş din toată Rusia, în care epidemia de cholerǎ n'a încetat timp de mai mulţi ani de-a rândul. Epidemia din anii 1892—96, a durat la Moscova 2 ani, a fost puţin intensivă şi a atacat în mod exclusiv populaţiunea cea mai săracă, care trăia în condiţiuni sanitare rele. La Petersburg aceiaşi epidemie a ţinut 5 ani, şi a fost în primul şi în al 3-lea an foarte intensă.

După epidemia din anul 1892, la Moscova sub indemnul cunoscutului profesor igienist Erisman, s'a ameliorat mult starea sanitară a oraşului. S'au făcut canale şi conducte de apă care furnisează $1^1/_2$ milion de vedre în 24 ore; în anul 1898, această cantitate de apă devenind insuficientă, odată cu canalizarea întregului oraş, în anul 1900 Primăria oraşului a construit conducte pentru luarea apei din rîul Moscova, la 50 verste mai sus de oraş, conductele trebuind să furniseze 14 milioane de vedre în 24 ore.

Apa se filtrează în filtre de nisip, sistem englez, această apă corespunde cerinţelor igienice, media bacteriilor fiind de 28 la 1 cm. c. In anul 1907, erea chiar de 16—18=1 cm. c. O parte din oraş este alimentată cu apă de izvor. Din anul 1898, cea mai mare parte a oraşului e canalizată, posedă câmpuri de irigaţie.

In anul 1908, în Moscova n'au fost de cât câte-va cazuri accidentale de cholerâ, importate din altă parte.

Alimentarea Moscovei cu o apă bună şi canalizarea sistematică par a fi factorii principali, care au împiedicat ivirea epidemiei. Din contră Petersburgul, în care nu încetează epidemia, rămâne un focar permanent de infecţie pentru întreagă Rusia.

Incă din anul 1907, erea de prevăzut, ca epidemiile de cholerâ care era în fiinţă în localităţile de pe Volga, în regiunea Transcaspiană, în Siberia şi în sudul Rusiei, să treacă şi la Petersburg. In vederea aceasta comisiunea sanitară anticholerică a oraşului, întocmise un proiect de organizare sanitară pentru a funcţiona în anul 1908.

Punctele principale din programul de acţiune erau următoarele:

1. In diferite cartiere ale oraşului să funcţioneze aşa numitele *patronage sanitare* compuse din medici comunali, sanitari, inspectori comerciali, inspectori de şcoli, medici ai poliţiei, şi dintre locuitorii proprietari şi alte persoane care ar dori să ia parte.

Aceste patronage sanitare să aibă şedinţe regulate cel puţin odată pe lună; activitatea lor să consiste într'o supraveghere şi control sanitar, continuă şi în intervenţii la autorităţile de drept, pentru înlăturarea defectelor sanitare observate; li se dă puterea de a face procese verbale, intentare de proces pentru contravenţii sanitare, etc. Patronagele trebuie să cunoască cu amănuntu starea sanitară fiecare a cartierului lor, să cunoască şi să supravegheze de aproape instituţiele şi casele cu aglomeraţie de locuitori, să determine locurile unde trebuie aşezate în timpul epidemiei rezervoarele (butoaiele) cu apă fiartă, să întocmească numărul de bilete gratuite de băi şi de ospătării, etc. să aibă în vedere medicii, care ar putea fi angajaţi provizoriu în timp de epidemie.

2. Dările de seamă, datele statistice şi altele, adunate de aceste patronage sanitare vor fi apoi adunate şi sistematizate de către biroul sanitar epidemiologic comunal, că în timpul epidemiei să instituească o supraveghere riguroasă în locurile unde s'au găsit defecte sanitare.

3. Comisiunea sanitară centrală să fie în curent cu toate chestiunile discutate de patronagele sanitare.

4. In vederea epidemiei să se întocmească o comisiune specială de medici, pentru organizarea distribuirei gratuite de apă fiartă, apă fierbinte, ceaiu, populaţiunei nevoiaşe.

O altă comisiune să se ocupe cu ospătăriile populare, cu distribuirea de bonuri pentru mâncare.

6. O comisiune specială să inspecteze portul, adăposturile de bărci, să indice reformele necesare.

7. Medicul sanitar şef să ia din vreme măsurile necesare pentru transportul bolnavilor cholerici.

In anul 1907 şi în primele luni din anul 1908, patronagele şi comisiunile sanitare instituite, s'au ocupat cu inspecţiunile prevăzute şi au înaintat comisiunei sanitare dările lor de seamă, — s'a făcut convenţiunea cu un proprietar de trăsuri ca în caz de epidemie imediat 16 trăsuri, anume pregătite (apte de a fi desinfectate) pentru transportul bolnaviior. Cu toate aceste, după ivirea epidemiei, serviciul transportului a fost din cele mai defectuoase.

S'a angajat eventual, înainte de ivirea epidemiei din personal medical inferior 32 (feldşeri) plătiţi câte 2 ruble (5 l. 30 c.) pe zi; s'au organizat la spitalul Botkin, unde se află cea mai mare etuvă de dezinfecţie din oraş, cursurile speciale de dezinfectori, care se angajau de preferinţă dintre studenţii în medicină.

S'au organizat cursuri despre choleră pentru medici.

S'a stabilit budgetul dezinfectărilor pentru caz de choleră, în modul următor: pentru dezinfectarea caselor, în care n'ar fi mai mult de 150 locuitori.

1. Var nestins 32 kilogr. 2) (Ac. chlor. 5 kilogr. 3) Acid. fenic pur (90°/₀) 1½ kilogr. 4) săpun verde 2 kilogr. 500 = total o cheltuială de 5—10 ruble, care ar plăti-o proprietarul.

La 1 Martie 1908, Primăria a acordat un credit de 50.000 ruble, pentru organizarea măsurilor preventive.

La 1 August 1908, în vederea posibilităţei epidemiei, comisiunea sanitară a angajat provizoriu 16 medici, şi 4 studenţi, acţiunea cărora până la ivirea epidemiei consista în inspecţiuni sanitare zilnice. Pe lângă medicii inspectori comerciali permanenţi s'au mai angajat 9 medici noui. Incă de la 30 Maiu 1908, în 36 locuri din oraş s'au aşezat butoaie cu apă fiartă; şase pavilioane-samovare pentru fierberea apei; s'au angajat medici speciali pentru supravegherea azilelor de noapte, un medic şi 5 studenţi pentru supravegherea sanitară a portului şi a vapoarelor, s'au organizat dispensarii pentru *injecţiuni preventive anticholerice.*

S'a organizat de asemenea un control medical al persoanelor care sosesc din localităţi suspecte de choleră.

Cu toate că, comisiunea sanitară avea în vedere că îndată ce s'ar ivi primele cazuri de choleră să ia măsurile necesare că: 1-iu să primească la timp înştiinţare despre ori-ce caz de boală; al 2-lea să localizeze infecţia; al 3-lea să izoleze pe toţi bolnavii în spitale, lucrul nu s'a petrecut cum erea în proiect.

Mulţi bolnavi se prezentau direct la spitale fără să fi fost văzuţi prealabil de medicii comunali.

Inştiinţările despre necesitatea dezinfectărei, după vre-un caz suspect, depindea de bună-voinţa medicilor particulari.

Medicii sanitari numiţi de comisiunea sanitară anticholerică, încă din luna Iulie organizase gărzile la dispensare pentru ivirea eventuală a vre-unui caz de choleră.

Cu toate că comisiunna sanitară avea în vedere să supravegheze de aproape cazurile de gastro-enterite suspecte, mai ales acele cu deznodământ lethal, atenţiei medicilor sanitari nu i s'a semnalat de cât vre-o 17 cazuri ca suspecte în luna August, între 16—26 al lunei.

Din spitale nu s'a dat nici o înştiinţare comisiunei sanitare până la 26 August, când s'au semnalat 4 cazuri de choleră. D'abea la 27 August, comisiunea sanitară întrunită în şedinţă a aflat despre existenţa a 14 bolnavi de choleră confirmată în spitalele oraşului. Primul caz de choleră cu deces a avut loc la 25 August 1908 în unul din spitalele Petersburgului.

Insă biroul comunal sanitar epidemiologic n'a fost înştiinţat despre acest caz de cât mult mai târziu. In şedinţa de la 27 August s'a aflat ca în zilele de 24, 25 şi 26 August au fost 15 cazuri de choleră confirmată, din care 6 sucombaţi despre care biroul sanitar epidemiologic n'avea nici o cunoştiinţă, şi deci la domiciliul acestor bolnavi nu s'au făcut nici dezinfectările necesare la timp.

Tot la 27 August comisiunea sanitară a fost înştiinţată de la laboratorul comunal, ca în 20 cazuri din diferite spitale s'au găsit vibrioni cholerici. Intre 20—25 August a fost un caz de enterită foliculară cu deces la autopsia căruia luându-se piese anatomo-pathologice pentru examen bacteriologic, rezultatul examenului a fost negativ la laboratorul din spital și pozitiv la laboratorul comunal.

In timpul lunei August, cu toate aceste, de la 20—27 August, au fost izolați 112 inși cu gastro-enterite suspecte.

In urma știrilor primite la 27 August, orașul Petersburg a fost declarat oficial ca contamniat de choleră, și organizarea sanitară antiholerică a intrat în perioada de combatere a epidemiei declarate.

Din declarațiile comisiunei sanitare reiese că din cauza negligenței medicilor particulari și a spitalelor, n'a fost înștiințată despre primele cazuri, deci n'a putut lua măsurile necesare pentru localizarea epidemiei, căci în ziua de 28 August când și-a început activitatea, existau deja focare numeroase și diseminate prin oraș, cholera-tregerii nu mai puteau fi izolați, și infecțiunea apei și a solului n'a putut fi prevenită. Din cercetarea traseului epidemiei din 1908 comparația cu traseurile grafice a epidemiilor anterioare urmează bănuială că înainte de 20 August ar fi existat deja cazuri de choleră nediagnosticate, nici de medici particulari, nici la spitale, unde până la această dată nu s'a practicat examenul bacteriologic.

După declararea epidemiei la 28 August, fiind cazurile de boală foarte numeroase, medicii sanitari angajați provizoriu pentru inspecțiuni sanitare au trebuit să funcționeze ca medici curanți, toți fiind întrebuințați la gardă, la dispensariu. Născându-se panica în oraș, medicii erau chiemați la tot momentul, adesea la bolnavi necholerici. S'a dispus, ca despre ori-ce caz de choleră intrat la spitale să se înștiințeze imediat telefonic biroul sanitar epidemiologic, care la rândul său înștiința imediat dispensarul respectiv, și medicul sanitar, care era de gardă pleca imediat la domiciliul bolnavului pentru dezinfecția necesară.

Telefonul biroului sanitar comunal erea la dispoziția publicului pentru a cere lămuririle necesare.

Cu toate măsurile luate dinainte (pe hârtie) personalul angajat pentru epidemie, n'a putut fi mobilizat (repartizat) de cât la 30 August. Mulți din medici și din studenți angajați dinainte nu s'au prezintat la această dată și a trebuit să se facă în grabă alte numiri. Ast-fel au trebuit să fie angajați mulți studenți din anii inferiori care n'au urmat cursuri speciale de epidemiologie. In aceiaș zi, personalul numit a fost repartizat în diferite cartiere ale orașului. Din nenorocire atunci s'a constatat că dispensariile erau lipsite de cantitatea necesară de material pentru dezinfectări, lipseau pulverizatoare, bluze pentru personal, lipseau trăsuri pentru transportul bolnavilor. Zilele de 29, 30 şi 31 August, fiind zile de sărbători, d'abea la 1 Septembre s'a făcut aprovizionarea necesară. Personalul a căpătat bluze numai la 5 şi 6 Septembre. Se luase cu toate aceste dispoziţia ca patronagele sanitare să aibă libertatea de a se aproviziona unde vor putea şi cu ori-ce cheltueli. Trăsurile pentru transportul bolnavilor, care s'au angajat d'inainte, nu erau gata când a trebuit şi nici numărul prevăzut n'a fost suficient. S'au mai angajat 80 birji particulare.

Pentru aceste trăsuri nu se găseau nici vizitii, din cauza panicei în populaţie. Ar fi trebuit să fie ataşaţi de fie-care trăsură infirmieri speciali pentru a transporta bolnavii la spitale, educaţi anume aceştia însă au lipsit. In primele zile fiind angajaţi ca dezinfectori mulţi studenţi, agenţi sanitari (feldşerii) au fost întrebuinţaţi ca infirmieri. Mai târziu însă, fiind nevoie de mulţi dezinfectori, agenţi sanitari au fost trecuţi ca dezinfectori şi s'au angajat simplii muncitori fără de lucru ca infirmieri.

In zilele de 29 şi 30 August au fost rugaţi în mod oficial şi toţi medicii particularii din oraş să-şi dea concursul, înştiinţând imediat comisiunea sanitară despre ori-ce caz de cholera sau suspect, ce li s'ar prezenta. In tot oraşul s'au răspândit şi s'au lipit pe ziduri, instrucţiuni tipărite în privinţa cholerei.

La 30 şi 81 August s'au întrunit împreună comisiunea sanitară cu comisiunea spitalelor, pentru un plan comun de lucrare.

Comisiunea sanitară a inspectat toate dispensariile, a înştiinţat poliţia comunală şi sergenţii de stradă despre localurile dispensarelor noui, a dispus în spitale să se primească bolnavii cholerici şi în alte pavilioane, afară de cele prevăzute d'inainte, a regulat gărzile de noapte la dispensarii comunale; medicii să nu se mai ocupe cu inspecţiuni sanitare cu scop de descoperire a bolnavilor, fiind prea târziu. Măsurile luate au fost aduse la cunoştiinţa consiliului comunal.

La 2 Septembre, o parte din bolnavii necholerici din spitalele comunale au fost trecuţi în spitalele Crucei Roşii, pentru a face mai multe locuri bolnavilor de choleră.

La 4 Septembre, comisiunea sanitară executivă, a poliţiei de sub preşedinţia prefectului oraşului Dratchevsky a hotărât următoarele: să se transmită bolnavii chronici din spitalele comunale în patru localuri de şcoli. Ori-ce birjar să fie obligat să transporte bolnavii de choleră la spital, unde trăsura lui apoi, va fi desinfectată şi va fi plătit cu 1 rublă (2 l. 65) pentru timpul pierdut.

Se va interzice vânzarea băuturilor spirtoase, la domiciliu, în timpul de la ora 2 d. a. Sâmbătă până la 10 dimineaţa luni. Haznalele oraşului să se cureţe după ce au fost desinfectate cu lapte de var.

La 5 Septembre Primăria capitalei a votat un credit de 50000 pentru combaterea epidemiei; această sumă trebuia să fie administrată direct de primarul, preşedintele comisiunei sanitare.

Un alt credit special, de 40.000 s'a votat pentru înfiinţare de ospătării populare.

Numărul cazurilor de choleră, mărindu-se zilnic în Septembre, cu câte-va sute de bolnavi pe zi, a trebuit repede mărit şi personalul angajat. S'a dispus să se acorde credite şi deplină libertate patronajelor sanitare de cartiere ca să-şi angajeze personalul necesar.

La 12 Septembre erau înfiinţate 22 dispensare în diferite părţi ale oraşului; în toate dispensarele făceau gardă continuă zi şi noapte cu rândul medici şi agenţi sanitari, desinfectori şi infirmieri. In toate dispensarele se aflau medicamente pentru primele ajutoare, bluze de bumbac, de pânză şi de cauciuc, mănuşi şi galoşi pentru personal. Medicul de gardă primind înştiinţarea despre vre-un caz de choleră sau suspect, pleca imediat la domiciliul bolnavului, luând cu dânsul medicamentele necesare, sinapisme, T-ra etherată de Valeriană, T-ra Hoffman, soluţie de camfor pentru injecţii, seringi etc.; pentru vizita la bolnav, medicul întrebuinţa una din trăsurile sanitare sau birje tocmite anume pentru serviciul dispensarului respectiv. La domiciliul bolnavului, după ce se dăduse acestuia primele ajutoare, bolnavul era expediat la spital cu trăsura cu care venise medicul; trăsura sau birja apoi, după ce a lăsat bolnavul la spital şi a fost tot acolo dezinfectată, se întorcea la dispensar.

Medicul de la domiciliul bolnavului se întorcea pe jos, sau cu altă birje la dispensar şi trimetea imediat un dezinfector cu agenţi sanitari şi cu un camion sanitar pentru transportul lucrurilor bolnavului la etuvă. Dezinfectările se făceau zi şi noapte în cazuri, când camera bolnavului nu putea fi izolată până a 2-a zi.

Fie-care caz de choleră era notat de medic, cu toate amănuntele necesare într'un registru special.

Cu tot creditul acordat de primăria oraşului, în tot timpul epidemiei s'a simţit lipsa unui număr suficient de dezinfectori şi de infirmieri. La spitalele comunale de asemenea am observat, chiar mai târziu, când numărul bolnavilor nu mai era mare, că erau prea puţine infirmiere, pentru a da o asistenţă continuă bolnavilor.

In toiul epidemiei s'a simţit lipsa şi de medici. De la 1 Septembre până la 20 Octombre 1908, au funcţionat medici sanitari numiţi anume pentru epidemie = 179, medici inspectori comerciali = 20; medici, inspectori a asilurilor de noapte = 5; medici ai porturilor = 5; medici funcţionari de cancelarie = 2; total = 211 medici. In acelaşi interval de timp au funcţionat: studenţi dezinfectori = 163; feldşeri dezinfectori = 62; agenţi sanitari = 94; copişti = 6; infirmieri la dispensarii = 29.

De la 20 Octombre la 1 Noembre 1908, au funcţionat medici epidemici = 108; dezinfectori = 44; agenţi sanitari = 19; servitori = 4.

De la 1 Noembre la 1 Ianuarie 1909 = au rămas funcţionând: 65 medici; 24 dezinfectori.

E de notat că, cu începere de la 15 Septembre 1908, Crucea Roşie s'a ocupat cu serviciul de dezinfectare în două cartiere ale oraşului.

In tot timpul epidemiei s'a simţit lipsa de material pentru dezinfectare la domiciliu. Dezinfectările lucrurilor, hainelor etc. a bolnavilor cholerici se făceau la început, într'un singur loc, la etuva (camera de dezinfectare) de la spitalul Baratchaia (Botkin). Etuva Crucei Roşii a fost destinată pentru dezinfectarea lucrurilor bolnavilor de alte boale infecţioase. In timpul epidemiei de choleră, în curând s'a simţit insuficienţa unei singure camere de dezinfectare.

Camioanele şi agenţii sanitari, însărcinaţi cu transportul lucrurilor bolnavilor cholerici de la domiciliu la spital şi înapoi, întârziau câte 12—13 ore, până predau lucrurile la spital spre dezinfectare. Din cauza marelui număr de obiecte grămădite într'un singur loc, sau întâmplat multe incidente, cu perderi de lucruri, cu evaluarea despăgubirilor pentru cele arse etc.

Transportul lucrurilor de dezinfectat, se efectua la Petersburg, înainte de epidemie, cu 8 trăsuri, 16 camioane şi 24 cai; pentru timp de epidemie s'au angajat la început 16 carete, apoi s'au mai tocmit 80 birji, şi s'au primit 60 căruţe-camioane de la Crucea-Roşie.

In Petersburg există 3 aziluri, cu 155 paturi cu totul, pentru izolarea şi adăpostirea timp de 24—48 ore, a persoanelor sănătoase în familia cărora s'a ivit vre-un cas de boală infecţioasă, pentru a le da adăpostul în timpul dezinfectărei domiciliului. In timpul epidemiei de choleră, comisiunea sanitară dorind a urma sistemul prusian, a avut de gând să întrebuinţeze aceste aziluri, pentru izolarea inşilor suspecţi de a fi choleratregheri, şi a acelora cari au fost în contact cu bolnavii cholerici, până la stabilirea controlului bacteriologic. Aceasta însă a fost imposibil de realizat, pe de o parte din cauza opoziţiunei a acelor inşi, cari simţindu-se sănătoşi nu consimţeau cu nici un chip să rămână izolaţi mai multe zile; de altă parte numărul cazurilor de boale fiind câte 2—400 pe zi, erau cu totul insuficiente locurile în fiinţă din azilurile de izolare şi în fine era teama ca aceste aziluri, ne fiind prevăzute cu cele necesare pentru dezinfectare, să devină ast-fel ele focare de infecţie în oraş.

Necesar însă, a fost să se înfiinţeze un azil pentru copii părinţilor bolnavi de holeră, ceia ce s'a şi făcut. Inregistrarea cazurilor de holeră se făcea la biuroul comunal epidemiologic, în două moduri: prin înştiinţări telefonice, pentru luare de măsuri imediate; prin fişe sanitare cari se colecţionau la serviciul statistic.

Bolnavii vindecaţi de cholerǎ, putând avea încă vibrioni în scaunele lor, după un interval de timp variabil, s'a luat dispoziţia ca să nu fie concediaţi din spitale, de cât după un control bacteriologic, repetat de două ori; mai târziu, în Decembre s'a cerut chiar ca controlul bacteriologic să fie repetat de 3 ori, şi numai în cazul când de 3 ori consecutiv era rezultatul negativ, erau bolnavii concediaţi. Comisiunea sanitară comunală, a avut a se ocupa şi cu chestiunea înmormântării cadavrelor de cholerici. Erau zile, când din cauza panicei nu se mai găseau lucrători pentru săparea mormintelor. La cimitirul Preobrajenski în luna Septembre numai, s'au înmormântat 2.850 cadavrre din cari 1772 erau de cholerici, în vedere că erau puţine locuri disponibile, primăria a trebuit să se îngrijească de un alt cimitir.

5 medici şi 5 dezinfectori au fost detaşaţi numai pentru supravegherea riguroasă a portului şi a vapoarelor, bărcilor şi luntrelor.

Inspectorii sanitari comerciali au inspectat de la August până la 31 Decembre 1908: 33.105 stabilimente comerciale; au încheiat 9.552 procese verbale, constatând starea sanitară rea; au făcut 646 procese de contravenţie; au trimis 242 probe la laborator; au distrus 1.983 exemplare de marfă rea, etc.

Societatea de apărare a sănătăţei publice, în timpul epidemiei s'a ocupat cu organizarea conferinţelor populare în privinţa cholerei In total au fost ţinute 96 conferinţe la care au asistat 54.000 auditori, la cele ţinute în oraş în cartiere locuite de muncitori; s'au ţinut conferinţe şi la fabrici, la care au asistat 6.000 auditori şi în satele vecine de Petersburg.

S'a tipărit broşuri populare în privinţa cholerei, care s'au împărţit gratis între muncitori.

Facultatea de medicină de femei, de asemenea a organizat o serie de conferinţe populare.

La 20 Octombre 1908, s'a observat o descreştere a epidemiei; în primele zile din Noembre, erau numai câte 5—7 cazuri pe zi; bazată pe acest fapt comisiunea sanitară a micşorat la 1 Noembre numărul personalului precum şi salariile . . . Cu începere însă de la 9 Noembre 1908 numărul cazurilor a crescut din nou până la 20—30 pe zi, şi ajuns la această ţifră, cu mici variaţiuni în plus sau în minus a persistat mai multe luni de zile. La 17 Noembre, comisiunea sanitară a decis a cerceta mai de aproape cauzele persistenţei epidemiei, şi în acest scop a numit un comitet compus din bacteriologi, igienişti, medici şefi ai spitalelor, etc.

In tot timpul epidemiei de choleră, comisiunea sanitară s'a într'unit în mod regulat, ocupându-se în şedinţele ei, cu diferite chestiuni relative la mersul epidemiei şi la măsurile de luat. Dările de seamă a acestor şedinţe au fost tipărite în raportul despre epidemie a primăriei oraşului Petersburg, la 1 Ianuarie 1909. Ast-fel după acest raport vedem, că comisiunea sanitară în primele sale şedinţe de la 4 Septembre, 11 Septembre şi 18 Septembre, s'a ocupat de organizarea măsurilor contra epidemiei. Chestiunea izolărei inşilor cari au fost în contact cu bolnavii de choleră, s'a ridicat chiar în prima şedinţă de D. prof. Hlopin. Găsindu-se insuficiente cele 155 locuri existente din azilurile de izolare, s'a decis a se căuta şi a angaja localuri pentru azilurile de izolare necesare, şi anume în cartierele Wasilievskoi, Narnskaia şi Kolomenskaia. Mai târziu însă, considerând că ar trebui, pentru a izola pe toţi indivizii, cari au locuit împreună cu bolnavii de choleră, cel puţin 20.000 locuri, şi ca cu toate cercetările de D-rul Kaşkadamof, nu s'a putut găsi localuri potrivite pentru asemenea aziluri, s'a renunţat la această măsură.

S'a stabilit a se face o izolare mai riguroasă şi o supraveghere mai de aproape, în cazurile cari au avut loc în prăvălii cu lucruri de hrană, în lăptării, etc. De asemenea a se atrage atenţia asupra supravegherei zarzavagiilor, care îşi spală marfa cu apă nefiartă. S'au luat măsuri, prin medicii şcoalelor, pentru prevenirea epidemiei între şcolari; copiii găsiţi bolnavi se vor trimite direct de la şcoală la spital şi în acelaşi timp se vor înştiinţa părinţii. Pentru şcoli se vor rezerva în spitale săli speciale. Se înştiinţează de la spitale, că aceste dispun de 564 locuri pentru cholerici, iar după trecerea bolnavilor chronici în internatul institutului politecnic, amenajat spre acest scop, spitalele vor mai dispune de 1.000—1.400 locuri. Aflându-se despre întârzierile cu dezinfecţiuni, se decide descentralizarea dezinfecţiilor, prin organizrrea acestora şi la alte spitale, afară de acel pavilionar; până acum celelalte spitale dezinfectau numai lucrurile bolnavilor intraţi în spital.

Prof. Şidlovski a susţinut necesitatea, în viitor cel puţin, a azilurilor de izolare, şi în acelaşi timp necesitatea unei asistenţe mai largi populaţiunei sărace, prin înfiinţare de mai multe ospătării populare, băi gratuite, etc.

Cu începere din Noembre, comisiunea sanitară îngrijită de persistenţa epidemiei, cu toate măsurile luate, a numit o comisiune în special însărcinată cu cercetarea cauzelor acestei persistenţe, şi examinarea măsurilor ce ar mai fi de luat.

In şedinţa de la 17 Noembre 1908, preşedintele comisiunei sanitare Dr. Oppenheim, a arătat că noua comisiune s'ar putea ocupa mai uşor, cu chiar cercetarea cauzelor epidemiei din Petersburg şi a modului de propagare, fiind numărul bolnavilor acum mai mic, şi mai lesne se vor putea găsi acum şi măsurile de luat.

D-rul Zabolotny şi-a arătat atunci părerea, ca cercetarea focarelor de infecţie din oraş, trebuie făcută în mod sistematic. Nu se vor putea afla cauzele epidemiei de cât, luând în cercetare materialul spitalicesc, apoi considerând că puţini din inşii, cari sunt în contact cu bolnavii pot fi izolaţi, să se cerceteze fie-care caz în parte, văzut în fie-care caz, care a fost agentul de contaminare, cercetat câţi cholera-tregheri se află, între persoanele din jurul bolnavilor, cercetată prin examen bacteriologic în fie-care caz apa de băut, care a fost întrebuinţată.

Bacteriologul laboratorului comunal D-rul Iakowleff, a arătat numeroase cazuri când contaminarea s'a făcut nu prin apă, dar prin contact cu bolnavii. A citat cazul dintr'o localitate din guvernamentul Saratov, în care un bolnav cu choleră, primit în spitalul din satul Arkadak, a comunicat boala la mai mulţi bolnavi din acest spital; o bolnavă de altă boală, eşită din spital după moartea cholericului se înbolnăvi de diaree cu vărsături, a 2-a zi după eşirea ei din spital şi-a comunicat boala unei alte persoane. Vindecată fiind s'a dus cu familia ei, într'un sat Andreevksa, şi aci s'au îmbolnăvit 12 persoane de choleră, toate rude de ale femeiei. Faptul s'a petrecut în Iulie 1908. A mai citat cazuri analoage, de curând cazul din Ţarskoe Selo, unde evident boala a fost adusă din Peterburg, printr'un tată de familie, constatat cholera-tregher prin examen bacteriologic şi care nu s'a îmbolnăvit de choleră.

D-rul Lexin, îşi exprimă de asemenea părerea că în toiul epidemiei, infecţiunea se făcea din apă, dar acum epidemia persistă prin contagiune prin contact cu bolnavii.

D-rul Zlatogorof, insistă asupra însemnătăţei de a se ţine bolnavii în spitale, un timp variabil, până la dispariţia definitivă a vibrionilor din scaune.

In şedinţele comisiunei, pentru cercetarea cazurilor de choleră, care au avut loc la 19 Noembre, 24 Noembre, 26 Noembre, 1 Decembre, 11 Decembre şi 18 Decembre 1908, s'a decis a se împărţi lucrările între 4 laboratoare mari din oraş. anume: 1. Laboratorul comunal sub cond. d-lui Dr. Iakovleff; 2. laboratorul Institutului Medical de Femei (prof. Zabolotny); 3. laboratorul spitalului Baratchnaie; 4. laboratorul spitalului Maria-Magdalena (Dr. Kulişa). S'a decis ca comisiunea bacteriologică să nu se ocupe numai cu cercetarea cauzelor generale a epidemiei, ci să cerceteze direct chiar bolnavii şi să fie în legătură cu serviciile de cholerici din spitale. Aceiaşi comisiune a constatat în urma examenelor bacteriologice, ca apa din unul din basenurile oraşului, în care se adună apa din 4 filtre, conţine vibrioni de choleră. D-rul Oppenheim a atras atenţiunea asupra faptului că cartierele Petersburgskaia şi Viborgskaia, alimentate cu apă nefiltrată n'au mai dat de cât foarte puţine cazuri de boală. Dr. Zlatogoroff e de părere să se închiză filtrele în apa cărora s'au găsit vibrioni de choleră. D-rul Iakovleff şi-a arătat părerea că filtrele oraşului devin focare de infecţie. Doctorul Kuliş găseşte iluzoriu închiderea filtrelor, în apa luată din chiar râul Neva, s'ar fi găsit vibrioni de choleră. S'a decis a se face analize amănunţite a apei din oraş, din basinuri, din toate filtrele şi conductele oraşului, tot odată a se mai înştiinţa populaţiunea despre primejdia contaminărei prin apă.

La 26 Noembrie comunicându-se rezultatele examenului bacteriologic a apei s'a constatat că s'au găsit vibrioni de choleră: 1. Cu probele de apă nefiltrată din reţeaua cea veche a conductelor de apă 2) Din probele de apă filtrată luate din filtrele No. 8, 9, 10 11 şi din basinurile A, B şi V. Discutându-se modul, cum a fost infectată apa din râul Neva, se constată că deşi mai sus de luarea apei, se varsă în râu canalele de scurgere cu lăturile din spitalul militar Nikolaewski, însă se ştie că lăturile din secţia de infecţiosi, se sterilizează cu aparate speciale. Pentru sterilizarea însă a tuturor lăturilor din spitalele oraşului s'ar cere o cheltueală de peste 300.000 ruble. S'a decis a se face de către comisiunea bacteriologică, o cercetare amănunţită a râului mai sus de luarea apei, şi s'a discutat chestiunea schimbărei locului râului din care este alimentat oraşul. Insă inginerii comunali s'au opus, afirmând că ar fi mai uşor să schimbe locul de scurgere a canalelor cu lături. In ori-ce caz, fiind probată infecţiunea râului s'a considerat absolut necesar pentru asanarea Petersburgului să se înceapă chiar din anul acesta la primăvară, lucrările de canalizare şi de alimentare a oraşului cu o apă de bună calitate.

In şedinţa de la 1 Decembrie 1908, prof. dr. Zabolotny, a insistat asupra însemnătăţei descoperirei cholera-tregherilor, propune anume pieţe sanitare speciale pentru cazurile de choleră, ar fi de părere să fie obligatorie izolarea cholera-tregherilor însă în condiţiunile actuale este imposibilă de realizat la Petersburg. Zlatogoroff este de părere că în acest caz comisiunea este în imposibilitate de a împedeca epidemia să se întinză, căci continuarea epidemiei se datoreşte nu numai infecţiunei de apă, dar şi cholera-tregheri lor. Majoritatea bacteriologilor propun izolarea cholera-tregherilor, cel puţin în mod gradat, întru cât există mijloacele. Preşedintele comisiunei sanitare Oppenheim, fiind de părere că continuarea epidemiei se datoreşte în mare parte apei de băut, găseşte totuşi de mare însemnătate izolarea cholera-tregerilor întru cât e posibil, cu azilele existente, însă în mod obligator, dar prin convingere.

Din rezultatul examenelor bacteriologice făcute de prof. dr. Zabolotny a apelor de scurgere (lăturilor) care se varsă în Neva, mai în sus de luarea apei pentru oraş, s'a constatat că din 18 probe, în 8 s'au găsit vibrioni cholerici, în 5 vibrioni suspecţi, 5 examene au dat rezultat negativ.

In şedinţa de la 18 Decembrie, a comisiunei sanitare, s'a decis a se prevede pentru izolarea inşilor constataţi ca cholero-tregeri, două pavilioane din spitalul de infecţioşi Baratchaia. După cercetările bacteriologilor, la 300 inşi sănătoşi izolaţi în ultimile 27 zile din azilurile de izolare, s'au găsit 30 cu vibrioni cholerici, deci cam 10°/₀ cholera-tregeri.

In spitale d-rul Kulei a şi practicat faptul în spitalul Mariei Magdalena. Toţi bacteriologii găsesc necesar de a lua măsuri, în privinţa inşilor sănătoşi, în scaunele cărora se găsesc vibrioni cholerici, şi cere a se declara obligatorie izolarea cholera-tregerilor, mai cu seamă d-rii Zlatogoroff şi Iakovleff sunt susţinătorii acestei păreri.

Din luna Octombrie 1908, a ţinut şedinţe consacrate epidemiei de choleră şi comisiunea sanitară executivă de pe lângă prefectura Petersburgului, sub preşedenţia prefectului d-l Dratchensky. Această comisiune a fost înştiinţată de toate măsurile decise de comisiunea sanitară anti-cholerică şi ţinută în curent cu mersul epidemiei şi cu cercetările comitetului bacteriologic.

Ast-fel din Septembrie încă având în vedere supra-încărcarea spitalelor, de oare-ce chiar când nu sunt epidemii în spitalele Petersburgului se află câte 539 bolnavi în plus, de locurile prevăzute, s'a înştiinţat de la primărie că în cursul anului curent se vor construi 20 pavilioane noui, pentru câte 50 inşi fie-care. S'a decis de asemenea înfiinţarea unui azil special pentru copii inşilor sucombaţi de choleră. S'a discutat necesitatea înfiinţărei de aziluri de noapte, a azilurilor de izolare pentru cholero-tregheri care ar fi principala cauză a persistenţei epidemiei de choleră. Preşedintele comisiunei sanitare Oppenheim susţine la 9 Octombrie părerea, că dacă societăţile filantropice ar veni mai mult în ajutor populaţiunei nevoiaşe, aceasta ar deveni mai rezistentă şi s'ar immuniza cu timpul din partea primăriei s'ar fi luat toate măsurile posibile contra epidemiei.

In şedinţa de la 12 Ianuarie 1909, comisiunea sanitară cu cea executivă s'au ocupat de chestiunea dezinfectărei latrinelor şi a apelor de scurgere (lăturilor). Medicii sanitari au fost de părere ca o dezinfectare totală a latrinelor oraşului, întru cât priveşte epidemia de choleră, n'ar aduce nici un folos şi prin manipulările ei ar fi şi primejdioasă. In domiciliile bolnavilor de choleră, pereţii şi încăperea latrinei se dezinfectează cât se poate mai riguros, dar conţinutul se amestecă cu soluţii antiseptice mai mult spre a împedeca transportul boalei prin muşti. Conţinutul latrinelor n'are însă nici o legătură cu epidemia de choleră, vibrionii pierind după scurt timp; din contră, introducerea soluţiilor antiseptice ar putea după unii favoriza înmulţirea lor. Scaunele bolnavilor de choleră de alt-fel trebuie să se dezinfecteze pe loc imediat.

S'a făcut propunerea de a steriliza prin amestec cu soluţii antiseptice toate lăturile şi apele de scurgere din oraş. Prof. dr. Zabolotny, împreună cu alţi bacteriologi au arătat că această dezinfectare ar fi iluzorie, şi de altă parte lăturile vărsându-se în râul Neva, ar putea intoxica şi apa de băut. Cu toate aceste comisiunea sanitară a admis a se face o încercare cu un basen de dezinfectare, în care s'ar amesteca apele din canalele de scurgere cu soluţii antiseptice, înainte de a li se da drumu în râu; pentru experimentare s'a ales o comisiune specială, în care bacteriologii au refuzat să iea parte.

Din cercetările d-rului Netchaeff, s'a comunicat că în spitale în cel de copii, şi cel pavilionar (infecţioşi) se face sterilizarea prin fierbere a tuturor apei lor de scurgere.

In spitalul Alexandrowski se sterilizează lăturile din pavilioanele de cholerici. In spitalele Obuchoskaie Petropavlovskaie şi Maria Magdalena se dezinfectează prin amestec cu acid fenic şi sublimat, mai cu seamă apa întrebuinţată la băile bolnavilor.

Pe lângă cercetările directe şi organizarea măsurilor contra epidemiei de choleră, din partea comisiunei centrale sanitare de pe lângă primăria Petersburgului, prezintă oare-care interes cunoştinţa şi dările de seamă a diferitelor *patronaje sanitare*, care au funcţionat în timpul actualei epidemii.

Intre aceste dări de seamă vedem că: 1. Cartierul din centrul oraşului, Admiralteisko Kazanskaia a fost împărţită în 7 raioane supravegheate de 12 medici, şi 12 *patroni* dintre locuitorii cu dare de mână. In acest cartier s'a simţit ca şi în alte lipsa unui personal inferior bine pregătit; dezinfectările s'au făcut cu greu şi cu întârziere. 2. Patronajul sanitar al cartierului Spasskaia a funcţionat de la 1 August — 1 Decembrie 1908. A fost împărţit în 13 raioane, din care în 4 au lucrat medicii sanitari comunali permanenţi, în cele-lalte medicii angajaţi special pentru epidemie. Acest patronaj a atras în special atenţia asupra modului de supraveghere a prăvăliilor cu obiecte de hrană. A arătat primejdia bolnavilor vindecaţi eşiţi din spitale cu vibrioni. A cerut dezinfecţia hainelor vechi, care se vând în piaţă. Asupra acestei din urmă măsură comisiunea executivă centrală opinând că înfiinţarea aparatelor speciale pentru dezinfectare ar costa prea scump, a decis să se oprească în mod categoric vânzarea hainelor vechi pe timp de epidemie. Tot acest patronaj, a cerut regulamentarea şi supravegherea modului de spălat vasele în restaurante şi birturi. A organizat ospătării gratuite pentru săraci. Medicii de diferite categorii din acest patronaj, şi-au organizat munca în mod sistematic şi au ajuns la o unitate de acţiune mai mult ca în alte cartiere.

Patronajul sanitar al cartierului „Kolomenskaia“ a fost înpărţit în 7 raioane, fie-care din aceste era inspectat zilnic de medicul său. In mai multe rânduri s'au inspectat pieţele din acest cartier, „Pokronskaia“ şi „Litovskaia“ şi s'au descris cu amănunte defectele sanitare găsite; lipsa canalizărei, a latrinelor sistematice, şi cererile de îndreptare s'au adresat primăriei. S'au declarat insalubre şi s'au cerut reparaţia mai multor case. S'a înfiinţat o ospătărie populură. S'au făcut în total 638 vizite medicale; cazuri de choleră au fost: In Septembrie 266, în Octombrie 29, în Noembrie 36. S'au făcut 325 dezinfectări la domiciliul bolnavilor. S'au găsit 24 case în care, cazurile de choleră s'au repetat.

4. Patronajul sanitar din cartierul „Moskowskaia“ a funcţionat de la 1 August până în Decembrie 1908, s'au ocupat cu inspecţiuni sanitare regulate, în timpul epidemiei însă cei 14 medici angajaţi au trebuit să se ocupe numai cu bolnavi, fie-care la dispensarul său anume înfiinţat, cu transportul bolnavilor etc.

5. Patronajul sanitar al cartierului „Alexandro-Novski“, a avut mult de făcut, fiind un cartier locuit de lucrători în mare parte. Din cauza marelui număr de bolnavi, cari se prezentau, adesea bolnavi de alte boale împreună cu cei cholerici, tot personal medical, cu cei 6—8 medici angajaţi anume, a fost concentrat la serviciul dispensarelor.

In Septembre s'au făcut 577 vizite medicale, 763 dezinfectări; în Octombrie 107 vizite la domiciliu, 104 dezinfectări. Cartierul era împărţit în 16 raioane. Populaţiunea compusă din muncitori a arătat complecta ei încredere în medici: a fost nevoie să se împartă între populaţiunea nevoiaşă multe bilete gratuite pentru băi şi pentru ospătărie. S'a urmat acelaş timp în tot timpul epidemiei cu inspecţiuni sanitare şi s'a înaintat primăriei un memoriu în privinţa ameliorărilor sanitare de făcut.

6. Patronajul sanitar al cartierului „Rojdestvenski“ a funcţionat de la 30 August până la 1 Decembrie 1908. In timpul epidemiei cartierul a fost împărţit în 10 raioane; în 7 din aceste au lucrat medicii angajaţi anume. La fie-care dispensar, făceau gardă câte doi medici de odată. Starea sanitară a acestui cartier precum se vede

din dările de seamă lasă mult de dorit. Canalele evacuatoare sunt prea strâmte şi nu se curăţau destul de des. Latrinele publice din piaţa, erau primitive, nesistematice. Locuitorii în mare parte săraci, se hrănesc prost. In râul Neva, în locul alăturat de acest cartier, mai sus de luarea apei pentru oraş, se varsă lăturile din două spitale şi din mai multe fabrici.

7. Patronajul sanitar din cartierul „Liteimaia", a ţinut regulat în tot timpul epidemiei, şedinţe odată pe săptămână; la şedinţe asistau toţi medicii, veterinarii etc., din cartier. Cartierul era împărţit în 12 raioane cu 12 medici. S'au organizat ajutoare cu ospătării populare, s'au făcut inspecţiuni medicale la brutării în special etc.

In dispensarul cartierului s'au centralizat toată activitatea medicală; înştiinţările despre cazurile de cholеră, despre cazuri suspecte, înştiinţările din spitale, scrierile despre control bacteriologic, organizarea conferinţelor populare etc.

Pentru dezinfectări la domiciliu au fost două brigade, fie-care compusă din trei inşi; s'au făcut 345 dezinfectări. La început însă, nici dezinfectorii, nici agenţiţ sanitari nu erau destul de bine pregătiţi pentru funcţiunea lor.

Ca mijloace de transport erau 4 birje îmbrăcate cu vexatină, în timpul zilei, iar noaptea 2 birje, cari serveau şi pentru transportul personalului medical şi a dezinfectorilor; pentru transportul bolnavilor la spital mai erau două trăsuri mari, îmbrăcate cu impermeabil. Pentru transportul lucrurilor de la domiciliul bolnavilor la camera de dezinfectare erau 3 trăsuri speciale; dezinfectările însă, de multe ori s'au intârziat din cauza marelui număr de cazuri. Ca material pentru dezinfectări la domiciliu se întrebuinţau soluţiile de sublimat şi acid fenic, săpun verde, acid fenic cu ac. sulfuric şi săpun, formalină, varul nestins etc.

Medicii şi dezinfectorii aveau bluze, mănuşi şi galoşi de pânză, de vedolină şi de cauciuc; aceste se dezinfectau chiar la domiciliul bolnavului şi apoi se lăsau în soluţie de sublimat.

Medicii raioanelor au inspectat în timpul epidemiei, în acest cartier 2888 case, 14 camere mobilate, 267 domicilii comune cu paturi date cu chirie, 32 birturi, 10 fabrici, 1596 prăvălii. Ori-ce casă în care se produsese un caz de cholеră, era supraveghiată în mod riguros, mai ales 5 zile după ivirea cazului de boală... Cu toate acestea, după ce a experimentat toate aceste măsuri pentru stingerea epidemiei, patronagiul cartierului şi-a exprimat părerea că singura măsură eficace ar fi o bună canalizare şi apa potabilă bună.

8. Patronagiul sanitar din cartierul „Wasilievski-Ostrov“, s'a ocupat numai cu chestiuni sanitare locale, speciale pentru cartier. Cartierul a fost împărţit în zece raioane, cu zece medici angajaţi anume, cari însă au intrat în conflicte cu medicii comunali. La şedinţele patronagiului s'au relatat dările de seamă despre inspecţiunile făcute şi cazurile de boală în cartier.

Desinfectările la început s'au făcut cu mult zel de studenţi, dar în curând s'a văzut că numărul desinfectărilor era cu totul insuficient, cu toată munca depusă. De la 15 Septembrie, cu serviciul desinfectărilor în acest cartier s'a însărcinat Crucea Roşie.

9. Patronagiul sanitar al cartierului „Wiborgski“, a trebuit să muncească mult până să organizeze activitatea personalului său epidemic, care era cu totul nepregătit şi angajat întâmplător în grabă. Populaţiunea cartierului se adresa pentru ajutor mai mult la medicii comunali. Medicii comunali însă, în timpul epidemiei, au fost însărcinaţi cu inspecţiunile sanitare generale. Medicii angajaţi pentru epidemie, trebuiau să dea ajutor bolnavilor cholerici. S'au făcut inspecţiuni sanitare în acel cartier la 1039 case, 15 hoteluri, 300 domicilii comune de lucrători, 18 hanuri şi aziluri de noapte, 9 fabrici, 12 stabilimente de băi, 24 bărbierii, 1285 prăvălii.

In acest cartier au fost 2 case în cari s'au repetat de câte 7 ori cazuri de choleră, o casă cu 6 cazuri, mai multe cu 5 cazuri.

10. Patronagiul sanitar din cartierul „Narvskaia“ (lucrători), a funcţionat încă din August 1907. Graţie acestui patronagiu s'au făcut multe reforme sanitare, în privinţa străzilor, pieţelor, a azilurilor şi a ospătăriilor din acel cartier. Cartierul a fost împărţit în 17 raioane, 17 medici; de la 5 Septembrie 1908, a avut 21 medici şi 15 studenţi ajutori. Desinfectările s'au făcut în mod regulat şi fără întârziere, s'au făcut inspecţiuni, s'a făcut descrierea sanitară a fie-cărei case în special. La şedinţele patronagiului s'au discutat chestiuni sanitare de interes local şi general. Cele mai multe cazuri de boală s'au dovedit că s'ar fi produs din întrebuinţarea apei nefierte. S'au emis desiderate pentru viitor, de a avea un personal inferior mai bine şi anume pregătit, să fie o cantitate mai mare de material de desinfecţie, să se procedeze cu tact faţă de populaţiunea nevoiaşă.

Trecând la observaţiuni asupra organizaţiei sanitare în timpul epidemiei de choleră, în portul comercial din St. Petersburg, constatăm că înainte de epidemie supravegherea şi prin urmare starea sanitară a portului lasă mult de dorit... Medicii portului se ocupau numai cu consultaţiuni medicale la dispensare. Prevăzându-se epidemia, totuşi, autorităţile portului au luat câte-va măsuri preventive, cari constau în câte-va butoaie-putini cu apă fiartă, cari s'au aşezat în piaţa portului; s'au împărţit între slujbaşii portului broşuri populare asupra cholerei. Când s'a început epidemia de choleră în oraş, autorităţile au dat supravegherea sanitară în grija comisiunei sanitare a oraşului . Mijloace financiare însă, pentru organizare de măsuri s'au refuzat atât din partea primăriei cât şi din partea ministerului lucrărilor publice, fiind conflict între aceste două autorităţi. Totuşi medicul portului a căutat să ia măsuri preventive nefiind apă filtrată adusă în port, s'au instalat câte-va aparate Burhanovski, pentru fierberea apei şi ceai. In fie-care zi împărţea muncitorilor din port câte 15.000 pahare de ceai. S'au aşezat şi câte-va butoae-putini cu apă fiartă, rece. Personalul de pe vapoarele străine, temându-se mult de choleră, nu întrebuinţau de cât apă fiartă, sau adusă din străinătate; ca urmare nu s'a ivit nici un caz de choleră pe aceste vapoare.

La 3 Septembrie 1908 s'a acordat de către primărie un credit de 12.000 ruble, pentru luare de măsuri contra cholerei. Atunci s'a putut organiza şi în port un patronagiu sanitar; s'au angajat 5 medici; s'a făcut un dispensar special pentru choleră; s'au numit 2 desinfectori şi 2 agenţi sanitari; s'au închiriat trăsuri; s'au cumpărat medicamente pentru dezinfectare şi s'a început a se face şi injecţii preventive anticholerice.

In caz, când se întâmplă a fi un caz de choleră pe un vapor sau barcă, se desinfecta tot vasul în mod riguros. Când se ivea câte un caz de choleră între lucrătorii cari locuiau în barace din port, se evacua baraca, se văruia toată din nou, se spăla pardoseala cu săpun verde şi sublimat. Cei cari au fost în contact cu bolnavul de choleră, veneau timp de 5 zile, în fie-care zi, la vizită medicală şi luau câte 0.40 ctgr. de salol timp de 3 zile. Agenţii sanitari inspectau zilnic cele 18 latrine publice din port; aceste în fie-care zi erau curăţate şi dezinfectate.

In tot timpul epidemiei au fost 63 cazuri de holeră, din cari 15 sucombaţi. Toţi bolnavii au fost muncitori cu ziua în port şi câţi-va birjari. Cei mai mulţi au băut apă nefiartă înainte de a se înbolnăvi.

Pentru supravegherea sanitară a vapoarelor comerciale din St.

Petersburg, în timpul epidemiei de choleră, s'au înfiinţat carnete sanitare pentru toate vapoarele.

Fie-care vapor avea carnetul său propriu, în care era notat: 1. Locul unde stă vaporul. 2. Numele proprietarului vaporului. 3. Numele vasului. 4. Locul de unde vine vasul. 5. Numărul lucrătorilor întrebuinţaţi la încărcarea şi descărcarea vaporului. 6. Mărimea şi dimensiunile vasului şi locuinţa personalului de pe vapor. 7. Apa de băut care se întrebuinţează pe vapor. 8. Starea sanitară. 9. Defectele sanitare, latrinele. 10. Observaţiuni.

Cu aceste carnete sanitare s'au înregistrat în timpul epidemiei 1778 vase (vapoare şi bărci), 5975 marinari, 2850 lucrători... Din inspecţiuniunile făcute s'a constatat o stare sanitară foarte rea, condiţiile de trai a lucrătorilor întrebuinţaţi foarte proaste, o lipsă generală de latrine şi alte defecte sanitare. In urma dărei de seamă a inspecţiunîlor, comisiunea sanitară a întocmit un regulament, pena se aplica în viitor cel puţin, după care toate vasele sunt datoare a se supune inspecţiunilor medicale. să aibă latrine închise, cari să se desinfecteze cu var nestins, să se oprească la puncte medicale, să declare ori-ce caz de boală şi în caz de choleră, după au fost desinfectate, să rămână sub supravegkere timp de 5 zile.

Am spus deja, că la Petersburg există 3 aziluri de izolare, destinate pentru a găzdui familiile al căror domiciliu se desinfectează după vre-un caz de boală infecţioasă; în timpul epidemiei de choleră aceste aziluri au servit şi de locuri de spraveghere a inşilor suspecţi, cari au fost în cotact cu cholerici.

Acest scop însă a fost greu de ajuns, de oare-ce în aceste aziluri nu erau de cât 155 locuri în total şi persoanele adăpostite nu voiau să stea sub observaţie nici timp de 5 zile în azil şi nu există lege pentru a-i obliga la aceasta. Cu toate aceste greutăţi au fost izolaţi la aceste aziluri în timpul lunilor August, Septembrie şi Octombrie 1908, 4666 inşi. Pentru anul viitor, primăria a decis înfiinţarea unui nou azil şi a două pavilioane de izolare.

Pentru supravegherea în timpul epidemiei a hanurilor şi a ezilurilor de noapte, comisiunea sanitară a oraşului a angajat 4 medici anume numiţi. Azilurile de noapte la Petersburg sunt de 3 categorii: comunale, ale societăţilor de bine-facere şi particulare. Cele particulare sunt cele mai rău întreţinute; adăpostiţii dorm pe bănci largi de scânduri, la caz de ivire a unei boli infecţioase se poate desinfecta numai localul. Hanurile de asemenea foarte rău întreţinut. In timpul epidemiei au fost supravegheate 22 asiluri de noapte, cu 5000 locuitori în cari însă au fost găzduiţi vre-o 10.000 locuitori.

Cazuri de choleră, însă relativ s'au înregistrat puţine, în total vre-o 44 cazuri în aziluri de noapte.

Tot ca măsuri preventive luate de comisiunea sanitară a Petersburgului, în timpul epidemiei de choleră, trebue să înregistrăm serviciul de apă fiartă.

Incă de la 20 Maiu a. c., în squaruri, în grădinele publice şi pe punţi au fost instalate 38 butoaie de câte 10 vedre fie-care, cu apă fiartă. Curăţenia şi schimbarea apei era controlată de un medic şi doi studenţi detaşaţi special pentru acest serviciu. Apa se ferbea la staţia centrală de apă a oraşului; butoaele înainte de a se umplea, se clătiau cu apă ferbinte.

In 5 puncte din oraş, au fost instalate 4 pavilioane-samovare, din care se împărţea populaţiunei sărace, muncitorilor cu ziua, apă ferbinte pentru ceaiu, câte 4.000 vedre pe zi; la unii se da şi ceaiu şi zahăr.

Din Septembrie 1908, s'a mărit cantitatea apei ferbinte ce se împărţea, la 40.000 vedre pe zi; apă fiartă rece câte 1.000 vedre zilnic şi ceaiu cu zahăr, câte 20.000 porţii zilnic. Deschizându-se un nou credit de 3.500 ruble, s'au putut înfiinţa 15 puncte noi de distribuirea apei fierte cu aparate speciale Boru şi Simplex.

Am spus în mai multe rânduri, cum se făceau dezinfectările după cazuri de choleră. Bolnavul fiind dus la spital, se dezinfecta domiciliul lui, camera ocupată de bolnav, latrina; iar lucrurile bolnavului, hainele, rufăria şi mobilele cari nu puteau fi dezinfectate la domiciliu se transportau la camera de dezinfectare. Pentru cazuri de choleră numai, dezinfectările tuturor lucrurilor, au fost concentrate la camera de dezinfectare, cea mai mare şi cea mai bine organizată de la spitalul de infecţioşi (Botkinskaia).

Incă de la 8 Ianuarie 1908 s'a înregistrat la această cameră un caz suspect de choleră, unu la 30 Martie 1908, apoi au fost înregistrate de la 27—30 August 1908, 135 cazuri de choleră, 32 cazuri de gastro enterite suspecte. In luna Septembrie 1908 s'au dezinfectat lucrurile de la 2.760 cazuri de choleră. In Octombre 522 cazuri. In Noembrie 496 cazuri.

Cu începere de la 28 August 1908, s'a muncit foarte mult la această cameră de dezinfectare; personalul compus din 15 inşi la început, a fost mărit la 32 în timpul epidemiei. In Septembrie, întâmplându-se a fi câte 40 dezinfectări odată, agenţii sanitari cu lucrurile trebuiau să aştepte câte 10—12 ore, până să le vină rândul. De la 15 Septembrie, cu dezinfectări în cazuri de choleră, a început să se ocupe şi Crucea Roşie cu etuva ei. Mai târziu s'au făcut dezinfectări în cazuri de choleră şi de etuvele spitalului Petro-Pavlovskaie... In total însă s'a simţit mult insuficienţa camerelor şi etuvelor pentru dezinfectare.

Comisiunea sanitară anticholerică după ce a urmărit activitatea diferitelor servicii, aplicarea măsurilor şi mersul epidemiei, întrunindu-se în şedinţa plenară la 14 Ianuarie 1909, împreună cu membrii biuroului sanitar epidemologic, cu medicii comunali şi cu membrii comitetului bacteriologic (Zabolotny, Zlatogorof şi Iakovlef) au adoptat pentru viitor ca măsură preventivă in privinţa epidemiei de choleră, următoarele:

Pentru prevenirea epidemiei trebue să se aibă în vedere măsurile relative la: 1-iu apa de băut, 2-lea la modul de îndepărtare a gunoaielor şi apelor de scurgere din oraş, 3-lea locuinţele clasei sărace a populaţiunei şi al 4-lea hrana clasei muncitoare.

Soluţia radicală întru cât priveşte apa potabilă din Petersburg nu poate fi ajunsă de cât în câţi-va ani, chiar dacă se încep imediat lucrările pentru alimentarea oraşului cu apă din lacul Ladoga, cum se prevede pentru viitor. Insă pentru prezent, primăria Petersburgului e obligată să ia măsuri paliative.

Aceste măsuri ar consta în reînoirea filtrelor oraşului, dezinfectarea întregei reţele a conductelor de apă şi ozonizarea apei.

Rezultatele ce se vor putea obţine prin aceste măsuri paliative, comisiunea sanitară totuşi le consideră ca nesigure, dubioase, chiar dacă s'ar construi filtre noi accesorii. Chiar reînoirea totală a filtrelor, care nu se va putea face decât într'un minimum de 2 ani, va avea de rezultat, ca apa adusă din Neva *va pare* mai curată, însă nu va garanta de loc, de pătrunderea vibrionilor cholerici în conductele de apă... Nici prin dezinfectare a filtrelor şi a conductelor de apă nu se va ajunge la o sterilizare temeinică a apei din Neva.

Ozonizarea apei ar fi una din măsurile cele mai eficace; dar această măsură fiind încă în experimentare din punct de vedere technic, încă nu se poate prevede cu siguranţă rezultatul *ozonizărei* celor 20—25 milioane de vedre de apă, ce se întrebuinţează zilnic.

Prin urmare în privinţa sterilizărei apei din Neva, adecă a unuia din factorii de răspândire a epidemiei, comisiunea sanitară e de părere că pentru prezent nu există nici o măsură nouă eficace . . . ca atare comisiunea recomandă din nou măsurile vechi, preconizate de dânsa înaintea anului 1908, și care constau într'o popularizare pe o scară largă în populațiune a noțiunilor de pază individuală, cunoștința despre primejdia întrebuințărei a apei neferte pentru băut și în distribuire gratuită de apă feartă populațiunei sărace.

2. Relativ la măsurile de îndepărtare a murdăriilor și a lăturilor, comisiunea sanitară crede absolut necesară o canalizare rațională a capitalei.

Râul Neva a fost infectat prin apele de scurgere din spitale. Pentru a împedeca să se mai producă acest fapt în viitor, s'a cerut un credit de 300.000 ruble, destinat întroducerei în toate spitalele comunale, de aparate pentru sterilizare (prin fierbere) a tuturor lăturilor. Starea canalelor din străzile orașului trebuie ameliorată în mai multe cartiere, unde se află așezate mai sus de nivelul pardoselei locuințelor din subsol. Pe lângă fie-care casă, trebuie să existe puțuri de control care să fie inspectate în mod sistemalic de controlori sanitari, ca să se împedice trecerea materiilor fecale din latrine în tuburile de canalizare azi existente, fiind aceste de lemn, de oare-ce alt-fel materiile fecale infectează solul și râul în care se varsă.

Trebuie încă, să se ia măsuri ca râul Neva să nu mai fie infectat, cel puțin în apropierea colectorului conductelor de apă; lucrul se poate face prin schimbarea canalelor de scurgere din oraș, care să se deschiză mai jos de luarea apei.

3. In al 3-lea rând, tot ca măsură preventivă, este că primăria să se îngrijească *de starea locuințelor* în care trăește populațiunea săracă.

Trebuie luate măsuri pentru înființarea și ameliorarea locuințelor pentru locuitorii muncitori și nevoiași din capitală.

O măsură, care se impune de urgență la Petersbug este înființarea a mai multe aziluri de noapte comunale.

Trebuie să se exercite un control sanitar riguros asupra tuturor azilurilor de noapte particulare.

4. In fine observațiunea epidemiei din anul 1908 încă odată a dovedit importanța cea mare a felului de *hrană* întrebuințată de populațiunea săracă; epidemia de choleră bântuie între aceia care se hrănesc prost și insuficient. Ar fi de dorit ca să existe o strânsă legătură între societățile de bine-facere și cele sanitare din oraș, precum și cu medicii comunali, care venind zilnic în contact cu

populaţiunea nevoiaşe ştiu mai bine, unde e mai mare nevoie de ajutoare. Deja în anul 1908 Primăria oraşului a fost mult ajutată de către societăţile de bine-facere în privinţa organizărei ajutoarelor cu hrană prin ospătării populare etc.

Intru cât priveşte pentru viitor, în vederea posibilităţei redeşteptărei epidemiei de cholera în anul 1909, comisiunea sanitară este de părere ca organizarea medicală, cum s'a făcut în anul 1908, rămâne singura posibilă; această organizare sanitară a fost înfiinţată având în vedere lupta contra întinderei epidemiei *prin contact* în oraş; organizarea sanitară, după cum a funcţionat nu este întotdeauna în măsură a preveni izbucnirea epidemiei, dar totuşi o poate localiza şi prin urmare micşora.

Campania anticholerică a fost dusă de medici de raioane şi de *patronagele* (asociaţiile sanitare) din care făceau parte medicii, a urmat o cale de descentralizare şi experienţa a arătat că înfiinţarea acestor societăţi sanitare de iniţiativă privată a fost cu totul bine venită.

Pentru viitor comisiunea sanitară comunală doreşte ca aceste *patronage* să rămână ca ceva definitiv şi să funcţioneze în continuu; patronagele sanitare să fie compuse din mai mulţi locuitori orăşeni şi aceştia să ia parte activă în lucrările asociaţiilor.

Patronagele să fie autonome şi lăsate libere în iniţiativele lor; s'a dovedit că în epidemia din anul 1908, a mers lucrul mai bine, când s'a acordat deplină libertate de acţiune, fie-cărei asociaţii în raionul ei... Comisiunea sanitară pentru viitor acordă patronagelor sanitare, între altele şi dreptul să-şi angajeze singure pentru timpuri de epidemie personalul sanitar trebuincios (medici şi agenţi sanitari).

Prin urmare în organizarea campaniei anticholerice în primul rând intră patronagele sanitare.

2. In viitor oraşul va fi împărţit în 144 secţiuni sanitare, pentru fie-care secţiune se va angaja câte un medic. Medicii de secţiuni (regionali) vor lucra numai ca medici sanitari epidemici, se vor ocupa cu inspecţiuni sanitare a locuinţelor a străzilor etc. fie-care în cartierul său, vor supraveghea mai de aproape toate casele şi locuinţele în care au avut loc cazuri de cholera şi vor controla dezinfectările.

In epidemia din anul 1908, comisiunea sanitară comunală n'a dispus de un fond suficient, şi când a izbucnit epidemia, tot medicii sanitari au trebuit să facă pe medicii curanţi. Aceasta nu se va mai întâmpla în viitor.

Medicii comunali actuali, definitivi, vor fi scutiţi în timp de epidemie, de inspecţii sanitare, vor călăuzi şi vor organiza activitatea medicilor epidemiei şi vor avea răspunderea întregei secţiuni de oraş din care fac parte.

In fine o a 3-a categorie vor fi medicii curanţi, medicii dispensarelor, care se vor înfiinţa pentru cholerici. In timpul epidemiei actuale s'a dovedit în de ajuns că localurile dispensarelor comunale existente sunt improprii pentru choleră; patronagele sanitare pentru viitor vor îngriji de timpuriu de alte localuri speciale pentru aceste dispensare.

Numărul medicilor, care vor fi pe rând de gardă la dispensare se va fixa după necesitate de către patronagele sanitare. Ca medici pentru dispensare se vor putea angaja şi studenţi şi studentele în medicină din anul al V-lea.

Candidaţi pentru locuri de dezinfectori, se vor primi persoane care vor fi urmat în curs special, care se va ţine la instalaţia de dezinfectare din spitalul Baratchnaia, şi ar fi de dorit încă, că aceste persoane înaintea epidemiei să fi făcut practica pe lângă medicii comunali. De asemenea e de dorit ca, posturile de dezinfectori să fie ocupate de studenţi în medicină din anul al 2-lea şi al 3-lea.

Agenţii sanitari de asemenea să fie pregătiţi şi educaţi în vederea epidemiei de choleră.

Numărul dezinfectorilor, la fie-care comitet (patronaj) sanitar să fie cel puţin de 8.

La fie-care dispensar să existe 2 inşi, special pentru înregistrarea cazurilor de choleră. Afară de înscrierea bolnavilor, aceşti funcţionari vor fi însă rămaşi cu înştiinţarea imediată a medicilor comunali şi a celor regionali, despre fie-care caz de choleră.

Apoi, comisiunea sanitară găseşte necesar pentru viitor să se înmulţească numărul trăsurilor sanitare. Fie-care dispensar pentru cholerici să fie prevăzut cu câte două aparate de dezinfectare cu formalină. La primărie să fie un depozit suficient de substanţe antiseptice, de bluze, mănuşi, galoşi de cauciuc şi pulverisatoare.

Să se înfiinţeze cel puţin două camere pentru dezinfectarea lucrurilor şi localurile de băi pentru persoanele care au fost în contact cu bolnavii cholerici.

Ar fi de dorit, ca bacteriologii să controleze diagnosticul cazurilor de choleră în timpul epidemiei.

Afară de aceste măsuri sanitare, comisiunea preconizează a se face o propagandă întinsă pentru vaccinări anticholerice și a se înființa mai multe puncte în oraș, unde să se facă aceste injecțiuni preventive pe o scară cât se poate de largă.

Acestea ar fi măsurile de organizare sanitară admise de comisiunea anticholerică, pentru cazul redeșteptărei epidemiei la Petersburg în anul 1909. Această redeșteptare se așteaptă cu siguranță de oare-ce epidemia n'a încetat până în prezent, cum ne arată cifrele statistice; au mai fost cazuri de choleră în Ianuarie 1909: de la 4—10 Ian. 273 cazuri noi 114 sucombați; 11—17 Ianuarie 193 cazuri, 52 sucombați; 18—24 Ianuarie 160 cazuri, 42 sucombați; 25—31 Ianuarie 141 cazuri, 40 morți;

în Februarie 1909, 1—7 Feb. 109 cazuri, 39 morți; 8—14 Feb. 88 cazuri, 25 morți; 15—21 Februarie 68 cazuri, 27 morți; 22—28 Feb. 46 cazuri, 11 morți;

în Martie: 1—7 Martie 42 cazuri, 6 morți; 8—14 Martie 25 cazuri, 5 morți; 15—21 Martie 10 cazuri, 3 morți; 22—28 Martie 13 cazuri, 2 morți;

în Aprilie: 29 Martie, 10 cazuri, 3 morți; 5—11 Aprilie, 19 cazuri 1 mort; 12—18 Aprilie, 8 cazuri, 2 morți; 19—25 Aprilie 12 cazuri, 6 morți.

Având în vedere însă, că conform părerilor exprimate de comisiunea sanitară anticholerică, singura măsură radicală, care ar scăpa capitala Rusiei de choleră, ar fi asanarea orașului, primarul Petersburgului d-l Rezțov, într'o ședință recentă, care a avut loc la 16 Aprilie a. c. a supus aprobărei consiliului sanitar superior următoarele propuneri în această privință: la măsuri *paliative* până la aducerea apei pentru băut din lacul Ladoga să se facă în cursul verei anului curent următoarele încercări pentru asanarea orașului:

1-iu Să se organizeze pe o scară largă experimentarea a diferitelor sisteme de sterilizarea apei. Al 2-lea aceste încercări să se facă în 3 stații de apă, *a)* cu filtrație însoțită de coagulare, *b)* organizarea cu filtre sub presiune, *c)* organizare după sistemul Otto. Pentru aceasta se acordă un credit de 30.000.000 ruble. Consiliul sanitar a admis aceste propuneri, având în vedere că aducerea apei din lacul Ladoga, va cere 6—7 ani de lucru și va costa 30.000.000 ruble.

(Va urma)

FAPTE CLINICE

Dr. MARTA TRANCU-RAINER

Asupra unui caz de chist hidatic al mamelei

Localizarea în mamelă a chistelor hidatice e din cele mai rare.

Dacă cercetăm statistice recente ca ale lui Kablukoff (1), Becker (2) constatăm că primul, pe 181 cazuri de chiste hidatice cu localizări diferite, are un singur caz de chist hidatic al mamelei; iar cel de al doilea, pe 327 cazuri, are 4 chiste hidatice ale mamelei. In aceiaşi linie, aproximativ, vin chistele hidatice, ale pleurei organelor genitale femeieşti, glandei tiroidei. In cord n'a fost găsit pe aceste 327 de cazuri de cât o singură dată.— Am avut ocaziunea să observ şi să operez un caz de chist hidatic al mamelei în serviciul chirurgical din spitalul Colentina, caz care este primul publicat la noi în ţară şi pe care l'am comunicat soc. de chirurgie în Mai 1908. (3)

P. P. în vrâstă de 17 ani, menajeră, necăsătorită, nulipară, intră în spital la 5 Mai 1908.

Nu găsesc nimic de însemnat în antecedentele bolnavei.

Menstruată pentru prima oară la etatea de 14 ani cu uşoare dureri în lombe, regulele ţineau 5—6 zile şi se repetau regulat la fie-care lună. Bolnava ie foarte bine, ca stare generală.

---

(1) Beitrag zur Kasuistik des Echinococcus der verschiedenen Organe und Gewebe des menschlichen Körpers. „Münch. med. Woch." 1906. pag. 968. 15 Mai.

(2) Beiträge zur klinischen Chirurgie. 56 Band. 1 Heft. November 1907.

(3) Revista de chirurgie. August 1908.

La intrarea în spital, pacienta se plânge de dureri în mamela stângă și de o tumefacție, de prezența căreia și-a dat samă acum șase luni, când tumoarea avea mărimea unui bob de porumb. Durerile nu erau mari și nici persistente, aci apăreau, aci dispăreau.

Mamela din stânga e mărită în porțiunea sa superioară. Prin palpație se constată o tumoare de mărimea aproape a unei piersici, tumoare aderentă puțin la piele, ocupând partea superioară a glandei, pe laturi și în jos prelungindu-se cu glanda mamară, mobilă împreună cu glanda pe planul profund, netedă și rezistentă. Pe peretele costal al axilei stângi, se află vre-o 5 ganglioni, unii de mărimea unui bob de mazăre, alții de mărimea aproape a unei cireșe, alunecând sub deget, și foarte puțin sensibili. Prin presiune se scurge din mamela stângă, cât și din cea dreaptă, o secrețiune lăptoasă.

Examinată din punct de vedere genital, se găsește himenul circular cu o ruptură la stânga și jos, colul uterului cilindric, orificiul punctiform, uterul în anteflexiune și căzut îndărăt. Anexele din stânga ușor mărite și căzute pe laturile uterului. Pun diagnosticul de tumoare benignă, cu multă probabilitatede adenochistom.

Fac pe suprafața tumorei o incizie oblică de sus în jos, și din afară înăuntru, lungă de vre-o 6 cm. După incizia pielei și a țesutului celular, deși am căutat să nu ating tumoarea, am deschis-o, de oare-ce avea un perete subțire și imediat s'a scurs o cantitate de lichid, cât ar intra într'o nucă, de culoarea apei anizate și vâscoasă. Imediat apare prin linia de incizie o singură veziculă hidatică In sus tumoarea e liberă, se poate ușor extirpa, de asemeni și pe planul profund, pe laturi însă și în jos e în contact intim cu glanda mamară, așa în cât a fost nevoe să se rezece cam cât 2 laturi de deget din glandă.

Se face hemostază, cusătura intra-dermică și se pune un tub fin de dren la partea inferioară a plăgii.

După 48 de ore, schimb pansamentul care-i imbibat de sânge. Suprim drenul, și pun 2 agrafe „Michel" unde fusese drenul.

Peretele chistului are o grosime de vre-o 4 mm., ie de o culoare galben rozată și este format din țăsut fibros, e căptușit cu o pieliță foarte fină, roșiatică, cu aspectul fibrinei. Restul glandei și mai ales în veci-nătatea chistului are un aspect alb rozat, e de o consistență fibroasă

In ziua de 15 Mai 1908, bolnava ese din spital complect vindecată.

Deşi chistul hidatic al mamelei este o afecţiune foarte rară, fiind publicate numai vre-o 40—50 de cazuri, cu toate acestea în prezenţa unei tumori a mamelei, în care avem îndoială, dacă avem a face cu o tumoare benignă sau o tumoare malignă, trebuie să ne gândim şi la chistul hidactic şi să facem chiar atunci când ganglionii sunt prinşi şi reacţiunile necesare prin care am putea elucida diagnosticul şi anume: căutarea eozinofiliei, precipito-diagnosticul lui Weinberg şi puncţia exploratrice cu examenul microscopic.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic Colonel Dr. M. CĂLINESCU

Date relative la personalul, materialul şi măsurile sanitare militare

culese din Monitorul Oastei de la începutul apariţiunii sale

Lipsa unui istoric al serviciului sanitar militar, m'au condus la ideia de a face o culegere a diferitelor acte oficiale publicate prin ziarul militar oficial, în credinţa că ele vor putea servi aceluia care ar vrea să facă un studiu mai documentat, asupra periodului de început al medicinei la noi.

Această culegere mai poate fi folositoare din alte punte de vedere şi anume:

1. De a arăta că încă de la începutul regenerării naţionale serviciul sanitar militar şi-a manifestat existenţa şi utilitatea sa

2. Că armata, prin introducerea recrutării obligatorii a locuitorilor ţărei, a servit la întărirea ideei că toţi românii sunt egali înaintea legilor.

3. Că cea mai mare parte a profesorilor facultăţei noastre, şi-au căpătat pe acele timpuri cultura lor în instituţiunile armatei, neexistând altele spre acest scop.

4. Că actualele generaţiuni medicale, aruncându-şi ochii asupra trecutului, trebuie să păstreze recunoştinţă omului acelor timpuri (Generalul dr. Davila) şi privind mai departe să considere serviciul

sanitar militar ca o ramură puternică şi neperitoare a aceluiaşi trunchiu comun: *medicina*, ceea-ce ni se învederează din studiul tutulor epocelor şi la toate naţiunile.

Existenţa „Monitorului Oastii“ ziar oficial al ţării româneşti datează de la 6 Februar 1860, când a apărut primul număr.

Primul volum coprinzând de la No. 1—21 inclusiv este tipărit *cu litere cirilice* acestea fiiud cunoscute de majoritatea populaţiunii, şi imprimeria fiind în aşteptare de teascuri şi litere noi.

Monitorul Oastei se tipărea atât la Bucureşti cât şi la Iaşi, ministerele ambelor principate fiind separate.

In precuvântarea pusă în capul primului număr, se stabileşte că ziarul va fi împărţit în parte oficială parte neoficială, nuvele streine, studiuri asupra diferitelor instituţii şi arme ale oastei, fapte diverse, varietăţi şi publicaţii ministeriale.

In partea oficială va figura decretele princiare, legile sancţionate şi ordinele de zi ale Ministerului.

In partea neoficială va figura desbaterea camerilor şi proectele guvernului când acestea privesc oastea, relaţii despre ceremoniile oficiale şi despre ceremoniile publice cum şi articoli explicatori a legiuirilor şi ordinelor de zi.

In celelalte părţi se vor reproduce articolele şi nuvele militare extrase din Monitorul Oastei *franceze* şi din cele mai serioase ziare militare ale Europei etc.

Anul 1860

Partea oficială din primul numĕr apărut începe ast-fel: „în acest „an recrutaţia urmând a începe după modul votat de comisia cen„trală *acea al tragerii la sorţi*, Ministerul de resboiu etc.“

Ordin de zi către toată oştirea română cu No. 30 de la 11 fevruarie, art. 2. După recomendaţia directorului scoalei de medicină supramedicului Davila, făcută prin raportu sub No. 78, soldatul din regimentul No. 1, Vasile Nicolae Bică *ataşat pe lângă acea şcoală*, pentru buna sa conduită, cunoscinţa serviciului şi la vacanţa ce este se înalţă în grad de sub-ofiţer de la 18 ale corentei.

Ord. de zi către toată ostirea română cu No. 31 aceiaşi dată, prevede reducerea *pedepsii* la sold. din regim. 1 Constantin Iordache Cărămizaru condamnat pentru a 3-a dezertare de la 200 lovituri la

30 în 2 rânduri urmată de pedeapsa închisorii pe termen de trei ani la temniţa Giurgiu sau Brăila.

Rapoartele cu No. 5511 şi 5112 privitoare la înfiinţarea de *stabilimente gimnastice* şi formarea de instructori de scrimă, s'au aprobat de M. S. Domnul.

Partea neoficială coprinde proiectul de lege pentru instrucţiunea armatei Principatelor-unite ale României, care la art. VI prevede că se vor trimite pe cheltuiala statului, tineri români spre a studia în scoalele speciale ale Franciei, şi anume la lit. D: *„şease, din care „doi* pentru medicină şi patru pentru arta veterinară“.

„Aceştia se vor alege dintre cei mai d'ântâi *elevi ai Şcoalei „militare de chirurgie din Bucureşti,* care 'şi vor fi terminat studiile lor.“

Art 3 al raportului No. 555 spune: „urmând ca d-nii medici „ataşaţi pe lângă comisiile cercetătoare pentru recruţi să urmeze în „cercetarea d-lor după oarecare regulă; ministrul de războiu (colonel „Florescu) a ordonat d-lui Inspector al Serviciului sanitar a face „nişte asemenea instrucţii, care aprobându-le, se dă în cunştinţa d-lor „ofiţeri însărcinaţi cu operaţiile recrutării spre ştiinţă.“ (Ele urmează aci).

Instrucţiuni medicale la alegerea recruţilor prin sorţi (potrivit cu dispoziţiunile regulamentului întocmit întru aceasta).

„Serviciul militar din partea exerciţiilor, ostenelilor, schimbări „de climă, lipselor la care este expus şi mişcărilor ce se fac din „partea oamenilor ce se înrolează sau care se găsesc în cadrele armatei, reclamă oarecari condiţiuni neapărate, atât în interesul populaţiei cât şi în acela al guvernului. Oricare om cere a se înrola „ca voluntariu sau a fi primit în şcoala militară, în corpul sanitar „sau ori-ce alt ostaş, are mai întâi de toate se corespundă la o „condiţiune, adică la aceia de a avea toate facultăţile fisice şi intelectuale întregi, adică d'a nu avea nici o vătămare ascunsă sau „văzută care l'ar face nedestoinic pentru serviciul militar.

„Militarii trebue să fie sănětoşi şi vârtoşi nu numai ca se poată „esecuta lucrările fisice la care sunt supuşi, şi se resiste la ostenelile ce decurg din aceasta, dar încă ca se poată găsi în sentimentul puterii lor organice energia trebuincioasă spre a se putea „lupta în contra obstinaţiilor, se braveze obstacolile şi pericolile, se „se întărească în contra nenorocirei cu un cuvênt se se poată obicinui „cu toate necazurile atât în timpu de pace cât şi de resbel.

„Printr'o fericită concurenţă, aceste cereri însemnătoare, cu toate „condiţiunile lor, sunt d'o potrivă favorabile atât intereselor civile „cât şi celor mititare.

„In adevăr, omul nedestoinic de a da armatei serviciul ce se „cere sau din vicioase conformaţiune sau din slăbiciune, ca se plătească societăţii prinosul lucrului, trebue se'şi înbunătăţească sănĕtatea şi se'şi facă astel cu folos o carieră dăinuitoare; din „contra, dacă l'am băga în viaţa militară sau l'am primi ca volontariu atunci l'am condamna a zăcea prin spitale, l'am face se'şi „vadă sănĕtatea ruinânduse din ce în ce, şi mai adesea se găsească „o moarte fără vreme. Omul tare se întoarce la vatra părinţilor sei „mai ţeapăn mai bun de lucru; omul slab cade sau se întoarce „acasă sdrobit şi veşted, în povara familiei sau a satului său.

„Aşadar sub orice punct de vedere, primirea oamenilor în rândurile armatei, este foarte serioasă şi medicii arbitari, mai cu deosebire cei competenţi, chemaţi de lege a judeca alegerea trebue se „se petrundă bine de responsabilitatea ce cade asupră-le şi asupra „primitorilor şi administraţiunelor respective.

„Probitatea şi umanitatea trebue se presideze aci ca în ori-ce „alt loc, şi se fie directorul condiţiunei (condit. slujbei) lor, dar „aceste calităţi nu sunt de ajuns dacă nu vor fi dirijate şi de o „ştiinţă solidă, fructul studiilor esperienţei şi a reflecţiunelor, căci şi „dacă se aflu în oameni sănĕtoşi lesne de vezut şi lesne de apreciat sunt însă altele, în numer destul de mare foarte ascunse sau „aparente înşelătoare şi legate cu vĕtĕmări interne ce nu se pot judeca de cât de un practic învăţat, ecsersat şi cu băgare de seamă. „Acestea dar care'şi au rădĕcina împinsă în organele esenţiale ale „vieţii, sunt mai totdauna cele mai grave; nu numai că pune pe „individ în neputinţă d'a face un bun serviciu, dar încă atrage cu „sine dese şi vĕtĕmătoare zăceri prin spitale, şi adesea văzându-se „militarul în împrejurările defavorabile în care se găseşte, d'odată i „se taie inima şi se perde înainte de timp. Judecarea în asemeni „cazuri depinde, în mare parte, de ştiinţa medicului şi de confienţa „care Guvernul a pus în caracterul şi cunoscinţele sale.

„Insemnetatea acestei situaţii prin care medicul intervine în „desbaterile unui aşa de mare interes al societăţii, a determinat prin „aceste instrucţiuni a rechema cu seriositate băgarea de seamă şi „scrupulositatea medicilor şi a hirurgilor asupra datoriilor ce li se „impun, asupra dificultăţilor ce'i înconjur, mijloacele lor d'a depăta

„aceste greutăţi, astfel încât putând se se gândească de mai nainte „se fie totdauna pregătit a corespunde cu dorinţele legii în această „importantă chestie.

„Dificultăţile de care fu vorbă se pot găsi în trei puncte „principale:

„1. Nedomirirea ce înconjură adesea nesocotinţa medicală: în „contra căreia nu este alt remediu de cât erudiţia şi esperienţa „medicului.

„2. Inşelătoriile la care sunt espuşi din partea celor ce sunt „de esaminat.

„3. In sfârşit, indivizii în oarecari cazuri, chiar în procedarea „operaţiunii.

„Indivizii supuşi examinării pot căuta se scape de serviciu, şi „cu acest scop 'şi însuşesc vătămări sau, din contra, interesaţii d'a „se primi, le tăinuesc numai ca să nu fie depărtaţi.

„In casul I, sunt tineri luaţi cu sila; în casul II, toţi aceia ce „se înfăţişează cu titlul de bună voe, voluntari şi c. l. Această deosebire însă nu trebuie să fie absolută, ea se modifică după inspecţiunea ce se face acelor oameni, după sau înaintea încorporaţiunii. Ast-fel se găsesc oameni care, sau din indiferenţă sau din „lipsă de mijloace, sau printr'o excitaţie de falşă momentană, sau „prin instinct sincer şi generos ascund vătămări adevărate cu o mare „dibăcie. Alţii, după ce au fost descoperiţi în înşelătoria lor la întâia încercare, se găsesc soldaţi fără cusur la inspecţiunea generală, când ajung la comenzile lor. Din contra nu e de mirare se „vedem un voluntar că se căeşte d'o hotărîre necugetată, atunci se „descuragează şi caută prin vicleşug sa scape de obligaţiunea ce „a contractat.

„Această schimbare de dispoziţiuni este încă mai obicinuită „la acei ce se propun a servi cu plată pentru altul, vizitarea lor „cere cu dinadinsul o băgare de seamă specială la primirea sau reformarea lor, după ce au fost primiţi.

„Orcare ar fi poziţiunea individului propus la examinare, medicul păzindu-se de ori-ce fel de înrîurire sau înşelăciune, trebuie „se caute:

„1. Dacă nu este o vătămare despre care individul nu ştie „nici existarea ei, nici gravitatea în care ar putea trece, remâind „neobservată sau dacă ştie s'o ascundă prin meşteşug.

„2. Dacă vătămarea există în adevăr, sau de este prefăcătorie,

„în acest din urmă cas, după ce s'a constatat, trebue să se proceadeze la examinare cu stricteţe şi rigurositate, căci şiretul ar putea „fără voe-i a presinta un adevărat motiv de necapacitate.

„In cazul I, după ce s'a cunoscut vătămarea adevărată, remâne a se hotărî dacă aceasta este gravă, de trebue omul scos „din concurenţă şi apoi, dacă este naturală sau isvorâtă din precugetare.

„Chestia principală poate lua o hotărîre deosebită, după împrejurările în care se înfăţişează dânsa. Ori-ce boală ascunsă a organelor însemnătoare şi starea de convalescenţă ce le urmează „după constatare, sunt depărtate fiind-că nu se pot trimite în spitale acei indivizi bolnavi sau slabi; în privinţa celor chemaţi ce vin „la convocaţiune, hotărîrea urmează a se face ast-fel, încât să nu „se mai poată schimba nici chiar după însemnările ce are consiliul. Această hotărîre trebue însă *se fie favorabilă ori-cărui individ care nu e tocmai bun de armată* în timpul instrucţiunilor „ministeriale. Aşa dar, medicul trebue să se pronunţe pentru depărtarea de câte ori nu va vedea probabilitatea unei grabnice şi radicale tămăduiri, cu atât mai mult, când acea vindecare nu se „poate dobândi de cât printr'o *operaţiune sângeroasă care nu se „poate face în contra voinţei chematului;* apoi a respunde de succesul unei operaţiuni ori-cât de mici, mai ca seamă făcută în starea „defavorabilă în care se află individul în raport cu starea lui morală, ar fi o nehotărîre de care acesta mai mult doreşte a o depărta.

„Reformarea cere cea mai strânsă moderaţie. In adivĕr ar fi „*o primejdie morală dacă armata ar vedea cu ochii esemple de „înlesnirea dobândirii de liberare.* Guvernul pe de altă parte are „interes a nu perde un om care nu se ramplasează şi care dedat „cu disciplina, esersat cu amĕnuntele serviciului, poate a fi încă „prea trebuincios, dacă nu are destulă putere pentru serviciul activ „sau chiar în cel activ, dacă infirmitatea nu e reală, sau dacă arta „posedă mijloacele de tămăduire. In această împrejurare este chiar „o datorie a se da *îngrijirile cele mai bune orcărui militar*, care „a consacrat un timp oarecare pentru patria sa, primind cu plăcere „osteneala, rănindu-se, compromiţându-şi sănătatea; dobândind în „sfârşit infirmităţi, cari dacă nu au gravitatea spre a 'l putea scoate „din serviciu, asigurându-i o pensie meritată trebuinţelor sale, cel „puţin să i se dea mijloacele de esistenţă. Aşa dar nu se va cere

„schimbarea unui om, de cât după ce a cercat cu el toate mijloa-„cele artei spre a 'l vindeca şi după ce s'a constatat că nu mai „poate fi destoinic a servi nici într'un chip."

„Nedestoinicia recunoscută încurcă, după cum s'au zis, şi „chestia: dacă infirmitatea nu isvoreşte din precugetare, acest caz „este prevĕzut în condica penală. Aşa dar medicul trebue să în-„doiască grija spre a nu condamna poate un om nevinovat din „cauza unei esaminări uşoare, sau din contră, pronunţând depăr-„tarea unui individ ce merită toată aprimea legilor."

„Cât pentru militarii încorporaţi, ofiţerul sanitar însărcinat cu „aceasta, este dator a face îndată, şefului corpului, declaraţiunile de „convicţiunea ce a găsit după o serioasă apreţuire. Câteodată di-„ficultăţile nasc chiar din locul în care se face esaminarea. Când „se esaminează soldaţi încorporaţi, atunci este lesne; în cazarme „sau în spital se poate a'i supune la o numeroasă şi lungă cer-„cetare, se poate desluşi şi chiar din părerea confraţilor lor pregă-„tind şi unind împreună toate elementele diagnostice."

„Dar când este chestia de a primi oameni noi în rândurile „armatei, suntem siliţi a ne pronunţa la cea d'ântâi vizită după o „scurtă şi repede observare. Această necesitate poate fi causa de „se primesc uneori mulţi oameni nedestoinici de a servi; ca să se „evite dar aceste mari greşeli trebue ca medicii să aibă băgarea „de seamă cea mai scrupuloasă în împlinirea unei datorii de care „depinde buna compunere a unui corp de armată. Ca să se înţe-„leagă bine şi să se învingă dificultăţile espuse, două condiţiuni „sunt de îndeplinit: 1. A cunoaşte fără greşeală serviciul la care „sunt chemaţi medicii în asemenea împrejurări. 2. D'a proceda ne-„strămutat la esaminarea fiecărui om, după o regulă întocmită mai „înainte şi proprie a aduce aminte toate amănuntele asupra căror „atenţia trebue ţinută necontenit. Omul se va presenta desbrăcat „în pelea goală, 'l pune cu picioarele pe un covor sau rogojină, cu „câlcâile împreunate, braţele atârnând în lungul corpului, palma „deschisă şi întoarsă înainte. Aruncăm o ochire generală spre a „judeca greşelile cele însemnătoare de conformaţiune; acelea ce nu „aduc vr'o îndoială pentru serviciu precum: marasmul şi diformi-„tăţile considerabile ale feţei ca petele largi livide, păroase şi per-„derea de substanţă ale obrajilor, perderea unuia sau amândoror „ochi, ale unui mădular sau vr'unei părţi esenţiale a unui mădular, „diformităţile evidente ale mădularelor etc."

„Trecem apoi la esaminarea parţială şi cu amănuntul a deo„sebitelor regiuni ale corpului; începând de la cap şi procedând „în fiecare regiune dinafară spre înăuntru. Se cercetează prin toate „mijloacele fiecare organ ca să se asigure: 1) dacă nimic nu stă„vileşte libertatea şi întregimea lucrărilor proprii ale profesii arme„lor; 2) dacă nici o parte nu va suferi din cauza hainelor militare, „armăturei şi muniţiei; 3) dacă prin urmarea slăbiciunilor, dispozi„ţiilor morbide sau unei boale în fiinţă sănătatea şi chiar viaţa in„dividului, nu s'ar primejdia printr'una din circumstanţele ordinarii „în cariera ostăşească; 4) în sfârşit, dacă o infirmitate care n'ar „supăra esercițiul funcţiunelor, dar care ar fi de natură a trage „desgustul celor-l'alţi soldaţi. Medicii, afară de aceasta, nu vor perde „din vedere că trebue să ajute cu deosebire autoritatea militară, care „prin poziţiunea sa este mai special chemată a veghia să nu se „primească sau să conserveze în rândurile armatei, decât oameni „capabili de a servi cu activitate."

Partea neoficială a No. 7

Unul din obiceiurile cele mai rele introduse în oastea noastră este şi acela d'a pune D. Ofiţeri pe părinţi rude sau amicii D-lor la şefii respectivi şi mai cu samă la Ministru se mijlocească dobândirea cerirei lor.

Aceasta pe d'oparte este o degradare pentru nobila profesie ce ofiţerii au îmbrăţişat; iar pe de alta o supărare şi o zeticnire a serviciului pentru acei şefi. Este de datoria fie-căruia şef se îngrijască ca un părinte de subalternii comănzii ce'i este încredinţată, iar aceştia dacă au vr'o cerere deosebită a face, cată s'o facă în persoană. Ministru dar şi toţi ceilalţi cărora li se adresează asemenia cereri nu numai că n'ar trebui se le ia în băgare de seamă, dar încă se pedepsească pe acei ofiţeri de o asemenea urmare.

Ordinul de zi No. 57 din 19 Martie prevede:

1. In locul malaiului pentru una oca mămăligă ce se coprinde în contract, se se dea câte trei litre de mălai curat fără miros şi bine cernut pentru mămăligă precum şi şease dramuri sare de mămăligă pentru un om pe zi.

2. In locul carnei de oaie coprinsă în contract se se dea carne de berbec sau de miel.

3. In loc de patruzeci dramuri de zarzavat de om pe zi co-

prinse în contract, se se dea cincizeci dramuri zarzavat, iar când se va da varză acră, se se dea optzeci dramuri de om pe zi.

4. In loc de patruzeci dramuri peşte şi optzeci dramuri fasole de om pe zi coprinse în contract pentru cele patru zile din posturile anului se se dea pentru amândouă aceste articole câte una sută doezeci dramuri peşte de om pe zi.

5. De fie-care om pe zi se se dea câte un dram de ardeiu. Această îmbunătăţire va începe de la 1 Aprilie a. c.

Partea neoficială

Mercuri la 23 Martie a sosit în Bucureşti Alteţa Sa Regală Ducele de Bràbant, moştenitorul regatului Belgiei; şi a fost primit cu tot onorul cuvenit posiţii sale. Doezeci şi unu de tunuri au vestit locuitorilor intrarea sa. La barieră au fost întâmpinat de Prezidentul municipalităţii, Comandantul oraşului, un scadron de lănceri un scadron de Gendarmi şi altul de Dorobanţi. Aceste trupe l'au escortat până la palat. Garnisoana era toată aşezată pe uliţele ce avea se străbată ca se ajungă la locuinţa ce i se pregătise. *Elevii scoalei militare* şi ai *scoalei de hirurgie în front întins în curtea scoali.* Comanda de Pompieri etc. etc.

Instrucţie pentru admisie în scoala militară din Bucureşti cu data din 30 Martie, prescris la art. 4:

„La 13 August la amiazi, toţi doritorii înscrieri în ordină după „data petiţiilor presentate la Minister, se adun la localul scoalei, „se ecsamin de supra-medicul ostirii şi 'şi primesc bilete de bună „constituţie în raport cu legile militare".

Prin ord. de zi No. 62 din 30 Martie se ordonă înfiinţarea scoalelor regimentare.

Din reglementul scoalei militare (No. 11) estrag datoriile medicului:

Art. 78. — Medicul va avea grad de medic de batalion cl. I întărit de Ministru.

Art. 79.—El, inspectează în toate zilele la 12 ore stabilimentul şi hrana de salubritate rândueşte medicamente pentru bolnavii dintre impiegaţii scoalei; reţetele se contrasemnez de sub-directorul scoalei sau în lipsă 'i de ofiţerul de zi.

Art 80. — Locuinţa lui trebue se fie în proximitatea scoalei şi visitele la casuri de boale grele se fie cel puţin de doă ori pe zi.

Art. 81. — Medicul este dator a face cercetarea medicală doritorilor d'a intra în scoală la zilele decise pentru acest finit, şi a le da acte pentru starea sănătăţii lor (v. lic. c.) Aceste acte vor fi legalizate de supra-mediul oştirii sub responsabilitatea sa. La întêmplare când elevii eşiţi cu voe din scoală, nu vor intra la oarele şi zilele decise, sub pretext de boală, Directorul scoalei va trimite pe Medic *dinpreună cu un ofiţer* se 'l visiteze acasă şi se 'i facă raport. Asemenea se va trimite medicul de către Directorul scoalei la profesorii care ar lipsi mai mult timp din scoală şi care nu ar fi presentat Direcţiei un certificat din partea unui medic amploiat al statului.

Art. 82.— Osebit de inspectarea zilială este dator se viziteze la începutul fie-cării luni pe elevi şi toate gradele de jos ale scoalei ca se se încredinţeze despre starea lor sanitară.

Art. 83.— La cas de boale grabnice este dator se vie îndată ce va fi chemat la ori-care din personalul scoalei care locueşte în scoală, şi la un cas de o boală mai serioasă înştiinţează şi pe supra-medic.

Ord. de zi No. 76 (secsia I) din 27 Aprilie 1860 spune:

Pentru regulata ţinere a estra-ordinarelor cheltueli ce se urmează pe la diferitele puncturi unde se află *spitale ostăşeşti* se ordonă ca în viitor aceste cheltueli se fie verificate de către D-nii Doctori ai spitalurilor conform regulelor controlare şi dispoziţiile luate întracesta.

Această dispoziţie se va îndeplini atât de către D-nii Ofiţeri dupe la puncturi, însărcinaţi cu îngrijirea spitalurilor cât şi de către comandirii aflaţi pe la puncturile unde bolnavii ostaşi se curarisesc în spitalele civile, şi care comandiri vor dispoza în viitor după deslegările luate d'a dreptul de la Minister de ori ce trebuinţe neprevĕzute sau neapărate şi constatate de D-nii Doctori ai spitalurilor.

Ordinul de zi No. 79 din 2 Mai prescrie că în viitor lăncerii şi *veterinerii* ambelor principate vor purta uniforme întocmai după descrierea comisiei de uniformitate.

Ord. No. 84 al secsiei I publicat în No. 16 se ocupă cu regularea căsătoriei ofiţerilor şi la art. 8 spune:

Aceste dispoziții desființând pe cele d'ântâi sunt aplicabile și pentru corpul sanitar.

La 16 Maiu, fiind nevoe a complecta contingentul votat cu 428, s'a decis a se complecta cu voluntiri, iar între condițiunile de primire figurează: se fie d'o constituție bună și altoit.

Ord. de zi 86 (*S. I.*) relativ la compania de meseriași la art. 2 prevede că dênșii avênd o lucrare mai obositoare hrana lor se va îmbunătăți cu câte o litră carne și 25 dramuri rachiu de fie-care om pe zi.

Ordin de zi 87 (S. I-a) art. 2. După recomandația supramedicului ostirii Davila făcută cu rap. No. 1240, soldatul din regim. No. 2 Mina Ionescu pentru buna sa conduită cunoscința serviciului de sănětate, și la vacanța ce este în acel regiment, se preschimbă în sub-chirurg de al 2-lea clasă (felcer).

In N-rul 18 din 26 Maiu 160 partea oficială se promulgă de către Domn legea privitoare la instrucțiunea armatei Principatelor-unite în care la art. VI lit. D se prevede trimiterea pentru studii în străinătate a șease tineri din care doi pentru medicină și patru pentru arta viterinară, (menționat mai sus ca proiect).

Inalta ordonanță No. 70 din 13 Mai 1860 ordonă pe basa sentințelor date pedepsirea a doi soldați grăniceri de la punctul Turnul cu câte cinci ani *muncă silnică la ocnă* pentru fugă peste graniță în Turcia în vremea slujbilor la pichet.

Raportul No. 1806/1860 Mai 25 aprobat de Domn arată că „stricta uniformitate în toate este cea d'întâi condiție pentru menținerea bunei disciplini în oaste“ și propune purtarea pěrului scurt precum și mustăți și imperială pentru toate gradurile din armata regulată, iar pentru cele din miliția țerii (grăniceri și dorobanți) barba întreagă care însă nu va fi mai lungă de cinci centimetri.

N-l 20 din 30 Mai conține lege votată în privința recompensii ostașilor care au luat parte la lupta de la 13 Sept. 1848 din Dealul-Spirii.

Cu raportul din 25 Mai 1860 se propune Inălt. Sale Domnului (incuiviințat) organizarea unei companii de disciplină.

Ord. de zi No. 96/1860 din 26 Mai.

Partea sanitară fiind lipsită astăzi de un mic număr de infirmieri care se formeze pepiniera acestui corp s'au disposat a se lua din infanterie câte un om din fie-care companie, dânduse sub d'a dreptul ordine ale D-lui supra-medic Davila pentru învățătura serviciului la care se destină.

Regimentele dar prețuind importanța atribuțiilor la care sunt chemați acești oameni, îi vor alege din oamenii cei mai inteligenți trimițându'i d'a dreptul în primirea D-lui Supra-medic Davila cu toată muniția lor de îmbrăcăminte și resboiu; care oameni însă vor fi dintre aceia ce nu vor avea mai mult de cât un an de servițiu și nu mai puțin de șease luni.

Inaltele ordine de zi No. 76, 77 din 5 Mai 1860, ordonă pedepsele următoare:

Sold. Stancu Nic. Dobrică din regim. No. 3 pentru a patra desertare una sută lovituri și cinci ani munca ocnei;

Sold. din bat. de Artilerie Ioan Vasile cel mare, pentru furtișag de scânduri făptuit de el din cele date asupră'i când era rânduit Efreiter (fruntaș) muncă la temnița Giurgiului sau Brăilei pe doi ani.

Sold. Ilie Stan Ganca din artilerie părtaș la acel furtișag se reduc pedeapsa la 25 lovituri, după care se va intra la serviciu.

Vol. 2 al Mon. Oștii din acelaș an începe cu No. 22 din 18 Iuniu și este *tipărit cu litere latine.*

Ordinul de zi No. 42 din 2 Iuniu coprinde în art. I încuviințare de pedepse corporale (300 lovituri) iar în art. 3 se aprobează liberare de serviciu pentru împlinirea termenului și *nesănĕtate* șeseprezeci grade inferioare care după îndestulare cu cele lor cuvenite se se trădea Ministerului interior spre a îi îndrepta la locurile unde ar dori a se statornici.

Ordin de zi pe toată Oastea română din principatul Moldaviei No. 46 din 19 Iuniu.

Art. 1. — Avânduse în privire că gradurile de cadeți și subofițeri nobili sunt contrarii spiritului convenției din 7/19 Aug. 1858 care desființează privilegiurile; se ordonă stergere din liste a acestor numiri și a se trece pe toți acei oameni sub numire de sergenți cu aceleași drepturi și datorii.

Ordin de zi pe toată Ostea No. 118 (S. I.) din 6 Iuliu 1860.

Prin Inalta ordonanță No. 126 din 27 Aprilie a. esp. publicată în ord. de zi No. 79 aceluiași an, *elevii Școalei de medicină* și anume: Constantin Chercea, Nichita Andrițoiu, Constantin Conțescu, Mihail Poppescu, George Anastasiad, Ioan Vercescu, Constantin Popescu, Dimitrie Ciocârdia, Ioan Frumușanu și Sergie Ianot'a, se înaintează la gradul de medici de batalion Cl. III cu asimilație la gradul de sub-locotenent și cu leafa de 533 lei pe lună.

Ei urmând a se citi în catastișele oștirii ca unii ce sub această numire intră în bugetul anului corent se ordonă însumarea lor, etc. Pentru care comenzile unde s'au însumat, îi va adaoga în socoteli în raportul de lună pe Iulie pe ziua de 1 Genarie și cu vechimea de la 27 Sept. 1859 de când s'au înălțat la acest grad și ai socoti tot în atașamentul întru care se află. Iar direcția școalei de medicină va trimite formularul lor Comenzilor unde s'au mutat.

Ord. de zi pe toată oastea No. 119 din 8 Iuliu 1860.

Supra-medicul oastei prin rap. No. 377 comunică Ministerului rap. ce au primit de la Medicul de batalion cl. III Mihail Popescu prin care arată că unele din gradele de jos și din Elevii Școlii militare nu'i dau onoarea cuvenită; și fiindcă un asemenea medic de batalion cl. III se află în asimilație cu gradul de sub-locotenent precum se vede din In. ord. de zi pe oaste din a. esp. No. 126, Ministerul ordonă D-lor Șefi de regimente și Comenzi a esplica gradelor de jos de sub comandă că acești medici ca și ceilalți de regimente fiind cu gradele corespunzătoare celor ofițerești urmează a le da toată onoarea cuvenită unui ofițer.

In ord. de zi No. 123 din 19 Iulie 1860 acordă voe de doĕ luni *Supra-medicului Oastii Colonel Davila,* de a merge la Paris pentru studiarea ținerii spitalelor militare și serviciul de ambulanță cu ocazia lagărului de la Châlons.

In. ord. de zi 124 din 16 Iuliu 1860. Văzând etc., ordonăm:

Art. 1. — Trebuința cea mai urgentă în acest an fiind organizarea ad-ției Oastii, se autoriseazã acel Minister a trata cu Ministerul de resbel din Franța pentru aducerea ofițerilor de ad-ție după art. 3 al legii iar pentru înlesnirea acestei lucrări se va trimite la Paris Supramedicul oștirii Colonel Davila căruia i se va da instrucțiile necesare pentru aceasta.

Art. 3. — Elevii aleși din Școala de medicină de aici, se vor trimite pentru studiu la Școlele speciale din Franța, însă:

Chercea C-tin Andriţoi Nichita	pentru medicină la şcóla din Paris.
Conţescu C-tin şi Popescu C-tin	pentru arta veterinară la şcóla de la Alfort.

cari se vor instala în zisele şcoale de către Supramedicul ostei Colonel Davila cu ocazia mergerii sale acolo.

Pentru cheltuelile necesare s'a dat D-rlui Davila 12.600 lei.

Aprobările de a merge la băi în străinětate pentru căutarea sănětăţii oficerilor se aproba tot prin ordine de zi.

Ord. de zi 66 pentru principatul Moldovei coprinde la art. 3 confirmare de pedepse corporale.

M. O. No. 29 conţine o publicaţie relativă la înfiinţarea băilor trebuincióse Spitalului nou ostăşesc.

Ord. de zi 139 din 19 Aug. 1860, între altele, învoeşte cavalerii d'a purta favorite.

In. ordine de zi 135, 136, 137 confirmă pedepse corporale; d'aseminea No. 71 pentru principatul Moldovei.

Inaltul Decret din No. 32 ordonă întrunirea într'o singură ad-ţie a intendenţii şi ad-ţiei militare din Moldova şi ţara românească.

Prin In. decret No. 69 se aprobă *trimiterea pe conta Moldaviei* la facultatea de medicină din Paris *a elevilor* din şcóla de medicină din Bucureşti: *Vercescu Ioan* şi *Ioniţă Sirgie*, iar până la regularea întreţinerii lor se dă un acont de doesute galbeni.

In. decret 153 introduce condica penală militară a României pentru toată armata principatelor-unite.

Ord. de zi pe toată oastea română din principatul Moldovei. No. 89 din 8 Sept. 1860.

Se ordonă a nu se mai opri din lefi analoghie pentru ţinerea spitalului militar făcânduse în viitor oprirea analoghiei otărită de adunarea electivă pentru pensie s'a regulat trecerea cheltuelilor întreţinerii spitalului la buget. Aceasta se obsteste în armata spre ştiinţă şi regulă că pe Sem. I al anului corent oprirea din lefi se se esecute ca mai înainte a $^{13}/_{4}$ para de la tot leul pentru spital, iar în Sem. II şi în viitor se se oprească pentru pensie una zecime din doĕ treimi ale lefii întrunite cu de una prevezute în bugetul pentru fiecare rang ofiţeresc remâind celalte treime ca întreţinere.

M. O. No. 37 din Oct. 1860 conține o publicație cu condițiunile de admitere pentru 30 elevi în școala de medicină și farmacie, și se specifică ca nu vor putea concura decât cei ce au trecut doë clase gimnasiale.

p. Director: *Bruszt.*

Ord. de zi No. 168 spune:

Până la definitiva organizare a corpului veterinarilor și specificarea atribuțiilor lor se numește Șef: veterinarul cavaleriei D-l Carol Proches iar ajutor D-l Mihail Vitovțchi.

Ord. de zi No. 97 din 30 Sept. 1860 la art. 2 aprobă o indemnisare de tipărire 2.428 lei 15 bani D-lui Colonel Dr. Iacob Cihac atașat la armată în 1858 pentru lucrarea și tipărirea unui manual al Companiei sanitare *ce este a se înființa.*

M. O. No . . din 14 Dec. 1860 coprinde *Inaltul ordin de zi No. 196 din 26 Noembrie ce urmează:*

„Considerând trebuința ce este de a se trimite la Spitalul os„tășesc din Iași pentru serviciu doi medici de batalioane cl. III și „farmacier, considerând recomandația ce ni se face de ministrul „nostru, bazată pe a supra medicului oastei, am decretat și decretăm „înaintarea elevului Ion Bruteanu la gradul de medic de batalion „cl. III și Bădulescu Dimitrie se numește farmacier cu asimilație la „gradul de medic de batalion cl. III; se mai înaintează la gradul „de medic de batalion cl. III subchirurgul de cl. I, Manolache Tă„nase, pentru vechimea serviciului, capacitatea și exacta împlinire a „datoriilor sale, ramplasând pe medicul de batalion cl. III Anastasiade „Gheorghe, ce se trimite la spitalul ostășesc din Iași spre complec„tarea numărului trebuincios de 2 medici. Acestor medici li se va „libera leafa de la zi întâi Noemvrie lei 266 și 26 $^{3}/_{3}$ pe lună prevăzut prin buget".

Ordin No. 213 din 3 Dechembrie.

După propunerea Ministrului de Răsboi cu raportul 5105 se decretează numirea Domnului Doctor Davila ca inspector general al serviciului sanitar al întregei armate cu îndatorirea de reglementa serviciul sanitar în tot ce privești erarchia și administrația spitalelor ambelor principate.

Ordin de zi No. 213 din 12 Decembrie, decretează ca antreprenorul pâinei pentru oaste ca unul ce este chemat a avea prea dese relaţii cu trupele va purta în viitor uniformă, cu spadă şi pălărie de stat major.

Ordin de zi 222 din 19 Decemurie; decretează ca în viitor în Duminicile când elevii nu se liberează pe acasă să se facă marşuri militare cu arme şi bagage etc. Acest ordin este obligator şi şcoalei de medicină şi farmacie.

Anex la ordinul general No. 172 obştit prin suplimentul Monitorului oastei de sub No. 51.

Pentru hrana gradelor de jos ale armatei de la 1 Ianuarie 1871 a hotărât a se înfiinţa prin sistemul adoptat de a hrăni oameni prin ei însuşi, se încuviinţează 40 parale de om pe zi din care să se dea câtăţimea şi felurimea articolelor următoare:

In zi de dulce			**In zi de post**		
350	dramuri	pâne	350	dramuri	pâne
100	„	carne	80	„	fasole
60	„	legume	60	„	legume
8	„	sare, ceapă, oţet	8	„	sare, ceapă, oţet
2	„	ardei	2	„	ardei
16	„	rachiu de probă 20° tărie.	16	„	rachiu

Darea întocmai a acestor articole în deplină cantitate şi de bună calitate se lasă la dreapta chibzuire şi întreaga răspundere a şefilor respectivi. In caz când unele articole s'ar scumpi consiliurile de administraţie vor aviza la aprovizionarea prin antrepriză sau ori-ce alt mijloc mai bine chibzuit spre a nu rezulta deficit iar când în vre-o localitate după toate cercările făcute vor rămâne preţuri covârşitoare, deficitul se va coperi cu economia zilelor de post sau cu cea lăsată de celelalte localităţi, unde se va fi aflat acelaşi detaşament.

La 7 zile după punerea în lucrare a noului sistem de hrană fie-care şef respectiv va raporta ministerului alăturând copie după socoteala ţinută în aceste 7 zile.

Inaltul ordin de zi No. 257 din 21 Decembrie 1860 decretează; Elevii şcoalei de medicină ce forma clasa superioară a acestei şcoli şi care până aci se numeau medici de batalion cl. III, iar pe dată ce trecea în serviciul activ se numia de cl. II pentru viitor va fi numai de cl. II intrând în această categorie şi elevii ce se află aci în şcoală în clasa superioară.

Inaltul ordin de zi No. 260, decretează primirea în serviciul activ al serviciului sanitar a Domnilor Doctori Ruso, Fotino şi Burlan, cei dintâi doi ca medici de regiment cl. II şi cel din urmă ca medic de batalion cl. I.

Inaltul ordin de zi No. 244 din 17 Decembre, decretează avansarea medicului de regiment Emanoil Severin în gradul de medic de regiment cl. I rămânând tot cu leafa ce o are până la aprobarea budgetului; a medicului de batalion cl. I Bruszt în medic de regiment cl. II cu rangul lefei asemenea; a medicilor de batalion cl. II ce sunt în Franţa pentru studiu şi anume: Chercea Constantin, Popescu Mihail, Nichita Andriţoiu, Conţescu Constantin în medici de batalion cl. I ce vor conta pe oştire fără leafă de la 1 Ianuarie; şi a elevilor ce formez cl. I a Şcoalei Naţionale de Medicină şi anume Măldărescu Nicolae, Stavri Gheorghe, Vlădescu Vasile, Petre Zaharia, Dimitrie Constantin, Razu Aristid, Butărescu Marin şi Grecescu Dimitrie în medici de batalion cl. II. (care este tot una cu cei de cl. III) prin regimente spre a forma clasa superioară de aplicaţie coprinsă în Inaltul Decret 125 din 1859.

FINELE ANULUI 1860

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante streine

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Şedinţa din 1 Aprilie, 1909

BRISSAUD et SICARD. — **Résultats rapprochés et éloignés de la section de la branche externe du spinal.** Rezultatele apropiate sunt variabile după persoane. In 2 cazuri turburările au fost minime. In alte 2 au existat fenomene pronunţate, (pareza umărului, dificultatea de a ridica obiecte grele, dureri vii, atrofie musculară cu reacţiune de degenerescenţă, excavaţiune supraclaviculară, abducţiunea omoplatului. Autorii explică această deosebire între diferitele cazuri prin predominenţa inervaţiunei prin spinal sau prin ramuri din nervii cervicali, a muschilor trapez şi sternomostoidian. Rezultatele îndepărtate au fost în mod constant favorabile. Fenomenele morbide au retrocedat aproape complect după a 6-a lună.

RAYMOND et FRANÇAIS. — **Syndrome de la calotte du pédoncule cérebral.** Dublă oftalmoplegie cu hemiplegie de o parte turburări de sensibilitate ataxie şi asinergie dispuse în mod hemiplegic. Fenomenele se explică printr'o leziune a calotei pedunculare interesând nuclei sau fibrele radiculare a le perechei a III-a, panglica lui Reil şi pedunculul cerebelos superior. Turburările paralitice ale membrelor erau puţin însemnate.

DUFOUR et CATTENOT. — **Nevralgie parésthésique bilatérale du fémuro-cutané et du perforant cutané supérieur du crural (nerf musculo-cutane externe) chez une femme enceinte.** Autorii explică aceste nevralgii ale unor ramuri a căror individualitate nu există de cât în afară din bazin prin tracţiunea exercitate asupra lor de uterul gravid (în a 7-a lună). Li se pare probabil că în aceste condiţii uterul nu poate comprima în mod simetric, nervii situaţi la periferia bazinului. In plus au avut impresia că există un oare-care antagonism între prezenţa de varice sau de nevralgii la femeile însărcinate ceea ce ar concorda cu mecanizmul prin elongaţiune ce 'l atribue nevralgiilor.

ACHARD et RAMOND. — **Naevus congénital à topographie zoniforme** Topografia naevului ocupa mai cu seamă teritoriul ramurei maxilare superioare a trigemenului. Autorii se gândesc la o influenţă a sistemului nervos.

KLIPPEL găseşte că topografia naevilor ca şi a zonei e de regulă radiculară. Intr'un caz a găsit leziuni spinale.

ACHARD et RAMOND. — **Troubles trophiques des ongles chez un saturnin.** Unghiile erau aspre, rugoase, probile fără lustru. La mâna stângă toate unghiile erau alterate. La acest membru există și o paralizie pe care autorii o pun în raport cu surmenagiul mai mare al acestui membru necesitat de profesiunea bolnavului (lucrător de plenul.) In dreapta unghile anularului și mediului erau normale fapt ce nu corespunde nici cu o topografie nervoasă nici cu una radiculară. Leziunile unghiilor sunt poate expresiunea unică a unor leziuni nervoase în dreapta unde nu era paralizia.

BRISSAUD et SICARD. — **Pseudo-sclérose en plaques juvénile par tumeur cérébrale.** Bolnavul prezenta paralizie spasmodică, tremurătură intenţională a capului și membrelor superioare, nistagmus, vorbirea lentă și scandată, asinergie și turburări de diadococinezie. Atrofie papilară, oftamoplegii.

Bolnavul prezentase mai înainte cefalalgii cu greaţa și staza papilară. Autorii admit o neoplazie cerebrală sau o hidrocefalie căci craniul e crescut în toate diametrele.

RAMOND et TOUCHARD. — **Méningite hérédo-syphilitique à forme tabétique.** O fată de 13 ani cu sifilis ereditar și cu atrofie papilară bilaterală, semnul lui Argyll și al lui Westphal limifocitoză arachnoidiană. Nu există turburări de sensibilitate subiective nici obiective nici turburări vezicale. Se notează din contra cefalee și crize epileptiforme.

Bolnava a mai avut la vârsta de 2 ani un prim atac de meningită specifică ce a lăsat ca urme crizele epileptiforme strabism și puţină oprire a inteligenţei.

PIERRE MARIE e de părere că existenţa tabesului juvenil e contestabilă și ar merita o discuţiune specială din partea societăţei.

DEJERINE et THOMAS. — **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la neurite ascendente (à propos d'un cas suivi d'autopsie).** Examenul anatomopatologic al unui caz tipic de nevrită ascendentă, consecutivă unei înţepături de ac. Examenul microscopic arată că fibrele cele mai degenerate sunt în colateralele policelui apoi degenerescenţa se urcă în nervul median până în a VII-a și a VI-a rădăcină cervicală. Dar degenerescenţa ascendentă nu explică tot procesul anatomopatologic din acest caz căci leziunile ocupă și alte ramuri ca colateralele indexului și ramura cutanată palmară, deci leziunea s'a întins în sens transversal. Nu se găsește pe de altă parte nici o urmă de inflamaţie locală și degenerescenţa pare a se fi făcut în mod electiv asupra fibrelor sensitive căci nervii musculari și muschii sunt normali.

Această întindere în sens transversal al procesului degenerativ se explică probabil prin faptul că toxina sau agentul microbian care a provocat degenerescenţa s'a urcat în lungul nervului (ca în turbare sau tetanos). Tot așa s'ar putea explica leziunile ganglionilor rachidini din acest caz.

In ce privește faptul dacă procesul a coprins și măduva sau nu răspunsul e greu în acest caz de oare-ce coexista cu un tabes dorsal. Totuși leziunea cordoanelor posterioare e mai întinsă la nivelul rădăcinelor VI și a VII-a cervicală.

In fine leziunile foarte însemnate a rădăcinei a VII-a cervicală sub ganglion vine să probeze că cele mai multe din fibrele sensitive ale medianului trec prin această rădăcină.

In discuţie GUILLAIN contrariu vederilor lui Sicard crede ca nevrita ascendentă are un cadru mai larg și ar coprinde multe cazuri de leziuni medulare de ale amputaţilor, probabil nevrita leproasă, etc. E de părere că microbii ce produc nevrita ascendentă trebue să fie puţin banali dacă nu specifici. Infecţia ascendentă a nervilor e probată în turbare. Toxina tetanică se conduce prin nervi.

SICARD observă că există o opoziţie între conducerea ascendentă prin nerv a toxinei tetanice sau a virusului rabic care se face fără durere şi reacţia dureroasă paroxistică lent progresivă şi adesea ori regresivă a „nevritei ascendente“. El nu admite în aceste cazuri o propagare directă de la nerv la ganglionii rachidieni ci o reacţiune ganglionară la distanţă. In acest sens ar vorbi absenţa reacţiei inflamatorie în cazul lui Déjerine şi Thomas şi faptul că plexul brahial era relativ indemn pe când nervii periferici şi ganglionii erau mult mai atinşi. El crede că e vorba de o nevrită dureroasă regională, iradiantă prin reacţiune ganglionara la distanţă.

LERI în măduvele de amputaţi a găsit reacţiune meningee ceea ce îi pare a fi în raport cu procesul de nevrită ascendentă. Această leziune meningee pare a avea o importanţă esenţială în difuziunea şi variabilitatea alteraţiunilor medulare.

BRISSAUD observă că leziunea ce provoacă nevrita ascendentă ocupa aproape totdeauna policele sau indexul iar evoluţia accidentelor se face foarte repede ceea ce nu pare compatibil cu o reacţiune nervoasă de origina ganglionară.

NERI. — **Troubles nerveux observés chez des survivants de la catastrophe de Messine.** Turburările nervoase sub formă de confuzie mentală observate în primele zile după accident s'au risipit aproape în toate cazurile după câte-ve săptămâni

După o lună 10 % din 500 răniţi şi după 3 luni 5 % din 1200 răniţi prezintau necroza traumatică neurastenică, accelerarea pulsului trecând peste 100, dermografism pronunţat, tremurături, transpiraţie abondentă, insomnie, sensaţie de căldură (intermitentă) la mâini şi figură, palpitaţii, astenopie, ameţeli. N'a observat turburări isterice.

KLIPPEL et P. WEILL. — **De la flexion spontanée du pouce par redessement provoqué des autres doigts chez les hémiplegiques centracturés.** Autorii descriu acest fenomen, nedescris încă care lipseşte în starea normală şi probabil în contractura isterică şi va putea probabil să fie de folos în diagnosticul diferenţial

KLIPPEL et P. WEILL. — **Un cas de rétraction du testicule associé à la contracture hystérique du membre inferieur.** Acest fenomen trebue considerat ca o iradiaţiune a manifestaţiunilor isterice sugestibile în teritoriile automatice.

BRISSAUD, BAUER et GY. — **Paralysie générale, sclérose en plaques ou maladie de Parkinson?** Prezentarea unui bolnav al cărui diagnostic rămâne nesigur între aceste 3 afecţiuni.

CRUCHET. — **Des myokymies et des acaralgies éphèmeres.** Sub primul nume descrie contracţiunile musculare sau mai exact fasciculare ce apar adese ori involuntar, la persoane „normale“ au o scurtă durată, n'au tendinţa de a se generaliza şi nu comporta nici o gravitate.

Sub al 2-lea nume descrie durerile repezi, une ori foarte intense ce apar adese ori la persoane de asemenea „normale“ fără cauza aparentă şi cari de asemenea n'au nici o gravitate prognostică. (*ακαρής* = instantaneu, *ἄλγος* durere).

SOUQUES şi MEIGE au observat asupra lor însuşi myokymiile descrise de Cruchet.

LEOPOLD LÉVI et H. de ROTHSCHILD. — **Corps thyroïde et Névralgies. Dysesthésies thyroïdiennes.** Autorii cari au consacrat o lucrare interesantă migrenei tiroidiene arată că unele nevralgii (facială, sciatică) coexistă une ori cu fenomene ce indică o turburare tiroidiană şi sunt susceptibile să se amelioreze sau să dispară prin tratamentul tiroidian.

Autorii propun să se înglobeze în grupul general al disesteziilor tiroidiene diferitele turburări de sensibilitate ca migrena, nevralgiile sau acelea cu caractere mai puţin nete: dureri migrenoide, nevralgiforme cari au o origină tiroidiană.

ALQUIER et FAURE BEAULIEU. — **Action du radium sur les tissus du Névraxe.** Autorii prin acţiunea radiului asupra crainului sau rachisului n'au putut găsi de cât hemoragii neînsemnate ale centrilor nervoşi.

MAX EGGER. — **Paralysie du mouvement volitionel avec conservation du mouvement automatique.** Autorul dă mai multe exemple de bolnavi ce prezentau pazalizii complecte sau aproape complecte ale unor muşchi pentru mişcările voluntare dar ai căror muşchi îşi recăpătau forţă şi activitatea în urmele mişcări automatice ca în staţiunea verticală spre exemplu, în mers etc. C. PARHON

Societăţi savante române

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE NEUROLOGIE ŞI PSIHIATRIE

Şedinţa din 5 Mai, 1909

D-l dr. ŞUNDA, prezintă un caz de paralizie generală, asociată cu zona Zoster. — Erupţiunea data de 3 zile şi bolnavul, un paralitic în stare demenţială, n'a acuzat nici o durere la apariţiunea ei. Acum totuşi acuză o mică durere. Asociaţiunea e rară. Topografia era cea metamerică în teritoriul rădăcinelor dorsale. Autorul admite că e vorba probabil de o asociaţiune fortuită printr'o autointoxicaţiune de origină probabil gastro-intestinală.

D-l dr. PARHON, crede că nu e exclusă posibilitatea ca zona să fie determinată în acest caz de acelaş factor patogen care a provocat şi paralizia generală. Zona e datorită de regulă unei leziuni radiculo-ganglionare. Or leziunile rădăcinilor rachidiene nu sunt rare în cursul paraliziei generale.

D-l docent SUTZU (fiul) prezintă o bolnavă atinsă de melancolie de involuţie cu idei ipohondriace şi care prezintă nişte gesticulaţiuni curioase al căror caracter psihogen e însă evident. Bolnava mai are un frate alienat. Turburările ce le prezintă, au apărut în urma unei nenorociri familiale. (O fată a sa s'a spânzurat.) Bolnava e conştientă de gesturile sale, dar zice că nu le poate stăpâni. Uneori are şi exploziuni verbale ca în „maladia ticurilor": Iosef, Filip etc.

De şi lipseşte ereditatea, dar dat fiind ca bolnava e într'o stare demenţială comunicatorul se gândise la posibilitatea coreei lui Hutington. Mişcările au însă în mod evident un caracter psihogen ceea ce nu e cazui pentru coree.

D-l docent, Dr. STANCULEANU.—**Un caz de hemianopsie bitemporală fără acromegalie.** Observaţiunea unei fete atinsă de această turburare. Radiografia arată că aspectul selei turceşti e modificat. O neoformaţiune osoasă apasă asupra chiasmei nervilor optici. Această neoformaţiune pare a fi diminuat prin tratamentul specific — după cum reese dintr'o nouă radiografie — iar bolnava s'a ameliora prin acelaş tratament.

D-l dr. GOLDSTEIN.—**Două cazuri de sindromul lui Basedow tratate cu** adrenalină. Condus de afirmaţiunile altor autori cari pretind a fi obţinut bune rezultate prin opoterapia suprarenală a încercat acest tratament. Dar a observat o agravare a simptomelor. Autorul citează mai multe fapte cari 'l fac să admită că între capsulele suprarenale şi corpul tiroid există raporturi de sinergie şi pe baza acestor fapte şi a constatărilor sale crede ca opoterapia suprarenală e contraindicată în sindromul lui Basedow. Aşa Boinet a văzut apărând fenomene basedoviene într'un caz de sindromul lui Addison tratat în mod intens şi prelungit prin opoterapia suprarenală. Kraus a găsit adrenalinemia în sângele basedovienilor, Marinescu ca şi Parhon au găsit diminuarea grăsimei din capsulele suprarenale la animalele tiroparatiroidectomizate, etc.

D-l Prof. MARINESCU e de părere ca rezultatele obţinute de d-l dr. Goldstein se puteau prevede de mai înainte de oare-ce astăzi caracteristica hematologică a sindromului lui Basedow şi în absenţa unui mijloc de a decela secreţiunea tiroidiană în sânge e adrenalinemia pe care Kraus şi Friedenthal au putut'o găsi chiar în cazuri de sindromul lui Basedow vindecate cliniceşte. Cercetările făcute de d-sa împreună cu mine tind a indica de asemenea ca în ipertiroidism capsulele suprarenale trebue să fie în iperfuncţiune. Hormonele tiroidiene excită întreg aparatul glandular şi de sigur şi substanţa cromafină.

2. Patogenia sindromului lui Basedow constă în aceea ca glanda tiroidă excită activitatea şi proliferarea diferitelor elemente. Aşa se explică şi acel *status limfaticus*, ce exista foarte des în cazurile de sindromul lui Basedow, (limfacitoză, persistenţa timusului). Trebue când voim a opera un basedovian să ne convingem prin radiografii dacă nu persistă timusul. Sindromul lui Basedow e datorit, pertiroidismului integral sau parţial.

3. Metoda cea mai bună de a demonstra că sindromul lui Basedow e datorit iperitroidismului ar fi metoda de fixare a complementului. Ideea aceasta o are d-sa de un an şi jumătate. Calcar a pus'o de curând în evidenţă.

D-l dr. STROMINGER crede că în administraţia opoterapiei suprarenale trebue să ne conducem de starea tensiunei sanguine. Când e mărită, acest tratament e contraindicat.

D-l dr. MAKELARIE.— **Accese isterice provocate prin injecţiunea intravenoasă de colargal.** Observaţiunea unei pluripare, ce avusese de mai multe ori leşinuri în urma emoţiunilor şi care în urma unei injecţiuni intavenoase de colargol (pentru o stare puerperală) are un acces de isterie (cu arc de cerc).

Bolnava se ipnotizează uşor dar e refractară sugestiunilor, atât în somnul hipnotic cât şi în stare deşteaptă.

D-l docent PARHON şi d-l BĂIATU. — **Reumatism cronic asociat cu hemiplegia, Predominenţa deformaţiunilor de partea neparalizată.** Cazul se apropie de cel publicat de Achard şi Ribot. Intr'o lucrare anterioară şi într'o revistă generală împreună cu d-l dr. Goldstein asupra influenţei sistemului nervos, asupra localizării diferitelor fenomene morbide, am ajuns la concluzia că procesele patologice ce traduc o reacţiune a organizmului predomină de regulă de partea neparalizate. Reumatizmul cronic pare a intra în această categorie de fenomene.

C. PARHON.

Reviste şi publicaţiuni străine

Fiziologie normală şi patologică

B. VAS. — **Stoffwechselversuche an bestrahlten Leukämikern.** (Metabolismul la leucemicii trataţi cu razele Röntgen). *(Zeitschrift für kl. Medizin. Bd.* 68, 121, 1909). Minuţioasele cercetări ale autorului pot fi rezumate ast-fel:

Sub influenţa razelor X eliminarea purinelor (acidul uric, basele) este crescută. Nu există nici un paralelism între gradul acestei creşteri şi oscilaţiunile numărului leucocitelor.

Suntem totuşi îndreptăţiţi a admite o relaţiune causală între creşterea Purinelor şi distrugerea exagerată de substanţe nucleinice. In sprijinul acestui fapt vine şi creşterea acidului fosforic şi a amoniacului.

Efectul razelor este identic asupra leucemiei limfatice şi mielogene.

Micşorarea cantităţei de acid uric eliminată, în cursul tratamentului, nu poate fi interpretată în sensul unei prognose favorabile.

Autorul n'a putut stabili cu siguranţă în cazurile sale o distrugere exagerată de substanţe proteice.

Creşterea purinelor în fecale ne arată numai gravitatea cazului şi nu poate fi pusă în legătură cu aplicarea razelor. D. I.

BIBERFELD und SCHMID. — **Über den Resorptionsweg der Purinkörper.** (Calea de resorbţie a purinelor). *Zeitschrift für Phys. Chem. Bd.* 60, s. 292. 1909. Limfa câinilor şi a pisicilor nu conţine purine nici în timpul regimului lactat, nici în timpul hranei cu carne.

Asemenea nu se ivesc purine în limfă, chiar dacă se administrează cantităţi însemnate de acid nucleinic (de orig. animală).

Eliminarea produselor de desintegrare ale acidului nucleinic administrat, începe de timpuriu şi se termină după 24 ore, după cum arată cantitatea de acid uric şi azot total din urină. D. I.

CANY. — **Pénétration des liquides pulvérisés dans les voies respiratoires.** *(C. R. A. S.* 22 Martie 1909. No. 12). Dozage precise arată că pulmonii animalelor lăsate să respire 2 ore numai în sala de inhalaţie de la Bourboule, conţin o mai mare cantitate de arsenic ca de ordinar. Dozage pe animale moarte.

Autorul conchide că lichidele fin pulverizate — picături f. mici şi în mare număr săturând oarecum aerul — pot pătrunde în căile respiratorii profunde. Ceea-ce arătase Emmerich pentru soluţiunile de acid boric şi de chlorur de sodiu. De altfel Küss şi Lobstein au obţinut acelaş rezultat cu bulion de cultură pulverizat, de bacili tuberculoşi.

C. PARHON et M. GOLDSTEIN.—**Les Sécrétions Internes.** *(Chez Maloine* 1907), un volum de 807 pag. Lucrarea aceasta umple un gol de mult simţit, căci importanta chestiune a secreţiunilor interne, nu se găsea încă pusă la punct într'o lucrare de ansamblu; de şi rolul şi importanţa secreţiunilor interne în neurologie, medicină internă, dermatologie şi celelalte ramuri ale medicinei nu mai poate fi contestat. Autorii împart cartea lor într'o primă parte, rezumând faptele clinice, iar partea a doua se raportă la cercetările experimentale. In prima parte, autorii grupează capitolele după afinitățile sigure sau ipotetice, existând între diferite boli sau sindrome, și după relațiunile mai mult sau mai puțin demonstrate, ce le au cu diferitele glande cu secreție internă.

Ast-fel între afecțiunile ce au un raport cu tiroidul, autorii se ocupă de mixedem, infantilism, cretinism, sindromul ipertiroidismului, reumatismul cronic, osteomalacia, rachitism, basedow, obesitate, afecțiuni catanate, psichose, migrena, etc.

Intre bolile în raport cu glandele genitale: insuficiența ovariană, virilismul, feminismul, pubertatea precoce, achondroplasia, etc.

In raport cu paratiroidele studiază tetania, eclampsia și epilepsia, sindromul lui Parkinson, miastenia.

Intre afecțiunile în raport cu ipofisa: insuficiența ipofisară, acromegalia și gigantismul.

Intre afecțiunile în raport cu suprarenala: Boala lui Addison, atheromul și arteriosclerosa.

In raport cu pancreasul studiază diabetul.

Intre sindromele în cari rolul secrețiunilor interne e probabil, autorii se ocupă de neurastenia, miopatia, involuția senilă.

In urmă se ocupă de relațiunile diverselor glande între ele, precum și de starea lor în diferite afecțiuni.

In a doua parte a lucrării, autorii ne dau interesante fapte experimentale, în majoritate personale asupra hipo și hiperfuncțiunei; precum și a rapoartelor reciproce între diferitele glande.

DR. C. I. URECHIĂ

D. IONESCU — **Über die Reizbarkeit der hemmenden Innervation des Froschherzens im Verlauf der Muskarnivergiftung.** (Asupra excitabilitățeі inervațiunii inhibitrice a cordului de broască în cursul intoxicațiunei cu muscarină). *Arch. für exper. Pathol. und Pharmakologie,* Bd. 60, 1909. Reese din amănunțitele cercetări ale autorului că o acțiune submaximală a muscarinei nu poate ajunge maximală prin excitațiunea pneumogastricului fie directă fie reflexă (excitația unei anse intestinale). Deci acțiunea muscarinei nu poate fi atribuită unei excitațiuni a vagului.

Dar chiar în afară de acest fapt teoria acțiunei prin pneumogastric e foarte inprobabilă căci acțiunea inhibitrice a pneumogastricului scade pe măsură ce acțiunea muscarinei crește.

C. PARHON

DOYON et CL. GAUTIER. — **Incoagulabilité du sang consécutive à l'ablation du foie chez la grenouille.** *(C. R. A. S.* 29 Martie 1909, No. 13). Extirparea ficatului pe lângă că determină incoagulabilitatea sângelui de broaște, le face să aibă în tot deauna și crize tetanice, care survin sau în mod spontaneu, sau la cel mai mic choc, mai ales când să ia în mână o asemenea broască.

6 zile după extirparea ficatului, o broască a avut violente crize tetanice. Sângerată a dat un sânge roș incoagulabil și fără urmă de fibrin.

S. L.

E. DOUMER. — **Action de la d'Arsonvalisation sur la circulation périphérique.** *(C. R. A. S.* 8 Martie 1909). In timpul d'Arsonvalizarei se constată o diminuare a temp. variând între 0°,02 și 0°,09. La încetarea curentului se observă o creștere rapidă a temp. care devine superioară temp. inițiale. Această creștere a temp. ie atribuită de autor, vaso-dilatațiunei periferice. Autorul a întrebuințat termometre cu alcool, care n'au inconvenientele celor cu Hg. față de curenți electrici și car premit a aprecia uşor variaţiuni de $^1/_{100}$ de grad. Măsuraţiunile thermice s'au făcut la axilă şi în podul palmei. Diminuarea temp. ie datorită transpiraţiunei care se observă tot timpul d'Arsonvalizărei.

Există o mai mare diferenţă de temp. între temp. axilară şi acea al mâinei, la persoanele tinere şi în hypotensiune, decât la acele care se afla în hypertensiune. Autorul explică aceasta admiţând că persoanele cu o circulaţiune periferică normală, nu au o vaso-dilataţie consecutivă d'Arsonvalizărei aşa de pronunţată ca acele în hypertensiune şi că prin urmare perderea de căldură suferită prin transpiraţiune la aceste, nu ie compensată prin un apport de sânge periferic.

FLORENCE.— **Le dosage précis par gasométrie de l'urée et l'ammoniaque urinaires.** (*C. R. A. S.* 5 Aprilie 1909, No. 14). Inconvenietele dozajului obişnuit al ureei sunt următoarele: 1. Hypobromitul nu degajează totalitatea Az din uree 2. Degajează o parte din Az acidului uric şi al creatininei. 3. Degajează totalitatea Azotului din sărurile de Az H^3 conţinute în urină. Inconvenientul 1-iu, e uşor înlăturat adăugându-se la rezultatul obţinut cifra de 4.5$^0/_0$ care după rezultatele precise ale autorului reprezintă Az nedegajat din uree. Inconvenientul al 2-lea, e înlăturat adăugându-se sub acetat de Pb în exces, care precipită la rece totalitatea acid. uric şi a creatininei. Filtratul pus la bain-marie şi lăsat să fiarbă 60 până la 80 de minute, serurile de Az H^3 sunt deplasate la rândul lor de către sub acetatul de Pb,. nu atacă urea de cât dacă ferberea la bain-marie se prelungeşte mai mult de 80 de minute. Iată technica întrebuinţată de autor: 10 cm.^{3} urină + 5 cm.^{3} sub acetat de Pb lig. officinal, se lasă 20—30 minute, se filtrează, se spală filtrul cu atenţie. Filtratul împreună cu apa de spălare sunt puse într'o capsulă de porţelan şi se lasă să fiarbă aprox. 70 minute să lasă să se răcească, se complectează volumul la 100 cm.^{3} se ia 19 cm.^{3} care se pun în ureometru adăugând 10—12 cm.^{3} de reactiv hypobromat formula Moreigne, se agită energic până ce volumul gazos degajat rămâne invariabil. Numărul de centimetri de gaz cetit (toate corecţiunele de timp şi de presiune făcute) îmulţit cu ponderea 1 cm.^{3} de Az, ne dă cantitatea de Az degajat de 1 cm.^{3} de urină. Pentru a avea Az real se adaugă corecţiunea de 4.5$^0/_0$.

Făcându-se dozajul unui echantillon de urină din care s'a precipitat graţie sub acetatului de Pb, numai acidul uric şi creatinina; prin diferenţa cu cifra obţinută de Az ureic se va determina cantitatea de Az H^3 conţinută. S. L.

G. FRANCHINI. — **Beitrag zum chemischen und histologischen Studium des Blutes bei Akromegalie** (Contr. la studiul chimic şi istologic al sângelui în acromegalie). *Berliner kl. Woch.* No. 36. 1908. Din studiul datelor din literatură şi a 4 cazuri personale autorul conchide următoarele:

1. In acromegalie se găseşte adese ori deşi nu în toate cazurile modificări ale sângelui mai ales ale leucocitelor (eosinofilie şi modificări cel puţin ale polinuclearelor).

2. Se găsesc şi modificări în compoziţia chimică a sângelui şi în special un anumit grad de lipemie şi în general o creştere a elementelor minerale.

3. Autorul nu e înclinat să creadă că acest fapt e constant de oare-ce şi în schimbările nutritive în acromegalie a găsit variaţiuni.

Totuşi atrage atenţia asupra faptelor mai cu seamă pentru că studiul chimic al sângelui în acromegalie e o chestiune cu totul nouă. C. PARHON

H. BIERRY. — **Invertines et lactases animales. Leur Spécificité.** *(C. R. A. S.* 5 April 1909. No. 14). Autorul într'o savantă comunicaţiune pune în evidenţă numeroasele specii de invertine şi de lactaze.

„Faptul cum că există numeroase specii al unui singur gen de diastasă, nu trebuie să ne mire adaogă el, dat fiind numărul mare şi varietăţile de diastaze ce o celulă poate produce“. Noţiunea aceasta a varietăţei diastazelor şi a specificităţei lor, ne face să ne dăm seama mai bine de diferenţele atât de delicate ce poate stabili o celulă vie între corpi de o constituţiune chimică f. apropiată. S. L.

J. TRIBOT. — **Sur le rôle de la magnésie dans la transformation du Saccharose à differentes températures.** *(C. R. A. S.* 22 Martie 1909 No. 12). Acţiunea invertinei pure, (reprecipitată de mai multe ori, residuu mineral imponderabil) asupra sacharozei, ie f. slabă. Diastaza impură dar fără Mg, are o acţiune mai energică, transformând zacharoza în mod progresiv, proporţional cu timpul şi temperatura.

Invertina conţinând Mg, are o acţiune staţionară de la 40° înainte pentru intervalele de timp scurte (transformă aceiaşi cantitate de sacharosă) dar la temperaturile de la 40° la 60° cantitatea de sacharoză transformată de ea, ie în tot-deauna superioară cantităţei de sacharoză transformată în acelaş timp de invertina singură fără Mg. Există o echivalenţă între acţiunea magnesiei şi influenţa temperaturei.

K. SMOLENSKI. — **Zur Erage nach der Muttersubstanz, durch welche die Recktion von Cammidge in Harn hervorgerufen wird** (Despre natura substanţei, ce provoacă în urină reacţiunea lui Cammidge). *Zeitschrift für Phys. Chem. Bd.* 60 p. 119. Se ştie importanţa atribuită de mai toţi autorii ce s'au ocupat cu chestia, apariţiei în urină a acestei reacţiuni pentru diagnosticul afecţiunilor acute ale pancreasului. Ea constă în faptul că, în o urină care nu dă precipitatul caracteristic cu fenilhidrazina, dacă e fiartă prealabil cu acizi, precipitatul apare. O asemenea urină deci, care nu conţine mono sau disacharide, conţine o combinaţiune chimică destul de complicată, ce se descompune prin fierberea cu acizi, punând în libertate o substanţă, care apoi dă cu fenilhidrazina, precipitatul caracteristic. Cammidge a emis hipoteza că această substanţă ar fi un Pentosan.

Din cercetările întreprinse de Smolenski, reese că această substanţă nu poate fi de cât *Sacharosa.* (Sarea de amoniu a acidului ortosulfimid benzoic). Pentru aceste cazuri cari dau loc apariţiunei de sacharoză în urină (cu reacţ. consecutivă a lui Cammidge), Smolenski, propune numele de *Sacharosurie.* D. I.

L. POPIELSKI. — **Über die physiologieche Wirkung von Extrakten aus sämtlichen Teilen des Verdauungskanales (Magen, Dick und Dünndarm), sowie des Gehirns, Pankreas und Blutes über die chemischen Eigenschaften des darin wirkenden Körpers).** (Despre acţiunea fiziologică a extractelor din div. părţi ale tubului digestiv (stomac, intest. subţire şi gros) precum şi din creer, pancreas şi sânge şi despre proprietăţile chimice ale ac. subst. active). *Pflüger's Archiv, Bd.* 128, s. 191, 1909). Injecţiunea intravenoasă de extracte de organe provoacă scăderea presiunei sanguine şi întârzierea considerabilă a coagulărei sângelui. Acestor două fapte se datoreşte secreţiunea de suc pancreatic, ce se observă în urma injecţ. de extract de mucoasă intestinală ca şi de extract de ori-care din organele sus menţionate. Ea (secreţiunea) este expresia filtrărei părţilor apoase, (împreună cu sărurile) ale sângelui prin vasele dilatate, apoi prin pancreas el însuşi. E deci greşită părerea lui Bayliss şi Starling, că în aceste împrejurări, secreţiunea pancreatică, se datoreşte unui Hormon *„secreina“*. Această substanţă nu e specifică, exista în ori-ce organ. Tot atât de puţin specifică este secretina stomacală a lui Edkins. Peristaltica intestinală, ce se observă în urma injecţiunilor extractelor de organe este un fenomen secundar, datorit excitărei produsă prin anemia centrilor în urma căderei presiunei sanguine şi apoi prin excitarea fibrei musculare din peretele intestinal prin acidul carbonic acumulat în sânge; ea nu e deci datorită unei substanţe specifice.— Motilina lui Enriquez şi Hallion sau unui Hormon peristaltic, cum a susţinut Zuelzer.

Popielski numeşte principiul activ al acestor extracte de organe *vaso-dilatina.* Acţiunea ei rezultă din întâlnirea (combinarea?) ei cu o substanţă oare-care din sânge, de care depinde coagulabilitatea sângelui. Vaso-dilatina pare a fi un constituant normal al ori-cărei celule a organizmului viu. Acţiunea ei se datoreşte paraliziei aparatelor vaso-motore periferice.

Injecţiunile repetate de extracte de organe produc fenomen de imunizare a animalului.

Cercetările intreprinse de Popielski şi Panek asupra naturei chimice a acestei vaso-dilatine au arătat că ea nu este o *peptonă:* asemenea că nu poate fi identificată ca *cholina.* Izolată şi purificată pe cât posibil, reacţiunile sale chimice arată că n'are caracterele unui alcaloid, că soluţiunea sa nu mai dă reacţiunea de biuret

D. I.

W. BAUM.— **Despre narcosa rectală cu eter.** *Centralblatt für Chirurgie* 1909, No. 11, pag. 370. Autorul arată că această metodă, întrebuinţată pentru prima dată de Pirogoff, în 1847, a fost mult timp uitată, până ce Moraso şi Dumont au readus-o în discuţiune. Baum a întrebuinţat şi el această metodă în 8 cazuri: în primele două cazuri, (amputaţia sânului, extirparea ganglionilor gâtului) anestesia a reuşit de minune; în alte două cazuri, anestesia a fost insuficientă şi a trebuit să se recurgă la metodele obişnuite; în fine, în alte două cazuri a avut accidente grave şi anume: într'un caz bolnava a avut abondente emoragii intestinale, cari au terminat prin a se vindeca; iar în al doilea caz, bolnavul a sucombat de peritonită, în 20 ore, şi la necropsie s'a găsit un meteorism considerabil, toată mucoasa intestinului gros era semănată de mici ulceraţiuni, cecul era verzui şi gangrenat, — era o peritonită difusă.

Autorul publică aceste cazuri, tocmai pentru a arăta pericolele grave la care expune anestesia cu eter pe cale rectală.

G.

Igienă

Prof. Dr. BERTORELLI.— **Après dix ans de législation antimalarienne en Italie.** *Rev. de Hygiène et de Poliça Sanitaire,* No. 1, Janvier 1909. Constatările, pe cari autorul le face în această privinţă, sunt cât se poate de îmbucurătoare şi de un interes deosebit pentru ţara noastră, care imparte cu Italia tristul privilegiu, de a plăti un greu tribut malariei.

In Italia se dă o luptă energică în contra malariei. în toate chipurile cunoscute şi de foarte multă vreme. De zece ani însă, apărarea în contra malariei e strict legiferată şi rezultatele obţinute au fost din cele mai fericite.

E interesant de ştiut bunăoară. printre altele, că moartea prin malarie este considerată faţe de legi, ca accident de lucru, când survine la un lucrător întrebuinţat într'un serviciu public. Amende de la 100—1000 lei se prevăd pentru călcarea legei. Apoi monopolizarea chininei de către stat, a făcut foarte uşoară difuziunea ei în masa populaţiei, prin modicitatea preţului, ba a ajuns că se şi exportă şi realizează ast-fel statului beneficii apreciabile.

In felul acesta s'a putut obţine ca numărul morţilor prin malarie, care era în 1900 de 15.865, să scadă în prezent la 4.160 pe an, şi cantitatea de chinină consumată să se ridice de la 2240 kgr. la 24.351 kgr., iar profitul net al chininei statului să atingă frumoasa cifră de 600.000 lire.

In sfârşit, aplicarea conştiincioasă a legei a mai avut şi alte urmări bune, printre cari, o foarte precisă delimitare a aşa ziselor „zona malaria“, apoi o scădere simţitoare a mortalităţei generale, etc. MARIA MĂCIUCESCU

Dr. Lt.-Colonel BUTZA.—**La lutte antituberculeuse en Roumanie.** *(Extrait du „Caducée“* Décembre 1908). Autorul face dureroasa constatare că la noi tuberculosa e în creştere pe fie-care an, cu toată stavila ce-i pune înainte, de câţi-va ani „Societatea pentru profilaxia tuberculozei.

In special, Domnia-Sa, ne dă date precise asupra tuberculozei în armată, şi crede că înfiinţarea unor sanatorii militare ar fi de o mare utilitate, atât din punct de vedere curativ, cât mai ales profilactic. MARIA MĂCIUCESCU

Microbiologie

A. CALMETTE et C. GUÉRIN. — **Sur l'évacuation de bacilles tuberculeux par la bile dans l'intestin chez les animaux porteurs de lésions latentes ou occultes.** *(C. R. A. S.* 8 Martie 1909 No. 10). Bovidee în aparenţă sănătoase, reacţionând însă la tuberculină, conţin deseori în dejecţiunile lor bacili tuberculoşi virulenţi, care pot contamina în proporţie de 41,6% porci ce le ingeră (E. C. Schroeder şi W. E. Cotton).

Bila iepurilor cari au primit în vena marginală bacili bovini fin emulsionaţi, provenind de la o cultură pe cartofi-glycerinaţi de 6 săptămâni, injectată sub pele la cobay, a dat cazuri pozitive de infecţiune tuberculoasă. In urma acestor experienţe ie cert că o parte din bacili introduşi în circulaţiune pot fi eliminaţi prin glanda hepatică şi evacuaţi împreună cu bila în intestin. De unde cazuri frequente de reinfecţii prin resorpţiune intestinală.

Din punct de vedere practic, ie de notat ca dejecţiunile animalelor în aparenţă sănătoase dar reacţionând la tuberculină, pot transmite tuberculoza şi ca atare nu trebuesc întrebuinţate decât pentru îngrăşarea pământurilor arabile. S. L.

A. LE PLAY. — **Infection générale expérimentale avec localisation hépatique.** *(C, R. A. S.* 29 Martie 1909 No. 13). Un parazit al viţei de vie Stearophora radicicola, injectat în peritoniu sau chiar în circulaţia generală, are o predilecţie pentru ficat, unde se dezvoltă mai în abondenţă ca în ori-ce alt organ.

Cultivat în vitro cu dificultate, pe bulion vegetal sau peptonizat; parazitul acesta, se dezvoltă cu mare uşurinţă pe un bulion hepatic hydrocarbonat.

Autorul se serveşte de acest exemplu, pentru a arăta odată mai mult influenţa terenului faţă de agenţi patogeni. Procesele pathologice variază după calitatea mediului, propriu sau nu, dezvoltarea unui parazit. Organele aceluiaş animal, se comportă în această privinţă, diferit după natura constituţiunei lor proprie.

S. L.

E. GAUCHER et PIERRE MERLE. — **Constatation du Treponema pallidum dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis acquise des centres nerveux.** (*C. R. A. S.* 29 Martie 1909, No. 13). E prima oară după aceşti autori, când se citează prezenţa Treponemei în liquidul cephalo-rachidian la syphilisul centrelor nervoase. Neisser arătase prezenţa lui în liq. cephalo-rachidian la un bolnav atins de syphilide papuloase. Babes şi Panea îl găsesc de asemenea şi sunt cu siguranţă cei d'întâi care făcuse această constatare (1905), în liquidul cephalo-rachidian la fetuşi heredo syphilitici. S. L.

JULES COURMONT et TH. NOGIES. — **Action de la lampe au quartz à vapeurs de Mercure sur la toxine tétanique.** (*C. R. A. S.* 8 Martie 1909 No. 10). Simplă acţiune atenuantă. O toxină tetanică, supusă o oră jumătate la iradiaţiunile unei lampe Kronmayer (la 3—10 c. m. distanţă) injectată sub pele la cobay îi provoacă o intoxicaţiune tipică de tetanos, dar cu oare-care întârziere. S. L.

PIETTRE. — **Calcification des lésions tuberculeuses chez les bovidées, leur richesse en bacilles de Koch.** (*C. R. A. S.* 5 Aprilie 1909, No. 14). Mai mult de jumătate din leziunele calcifiate la bovidee, injectate la cobay, sunt capabile să transmită tuberculoza. Examene directe făcute în leziuni de felul acesta, au denotat prezenţa unui mare număr de bacili.

Autorul se crede îndreptăţit din constatările aceste să conchidă: că calcificarea leziunelor tuberculoase la bovidee, departe de a fi un semn de vindecare, n'ar constitui nici chiar un mijloc de apărare a organizmului. Nu există după acest autor nici o relaţiune între virulenţa bacililor tuberculoşi şi calcificarea la aceste animale. Perfect, dar faptul constatat nu implică concluziunele care le trage autorul, „nişte viteji înconjuraţi de un zid, vor rămânea până la moartea lor tot viteji" a spus Prof. Cantacuzino căruia i s'a comunicat părerea autorului. E singura concluziune ce reese din faptul că s'a găsit bacili tuberculoşi virulenţi în ganglioni calcifiaţi

S. L.

Neurologie şi psihiatrie

A. GRAMEGNA. — **Un cas d'acromégalie traité par la radiothérapie.** (*Revue Neurologique*, janvier 1909. Se aplică unei bolnave cu acromegalie un tratament radioterapic pe cale bucală; glanda pituitară nefiind separată de mucoasa rino-faringelui de cât printr'o lamă de sfenoid. Autorul îşi propune ca prin ajutorul razelor să reducă de volum glanda în supra-activitate. Dânsul aplică de două ori pe săptămână timp de o oră razele 8 — 9 Benoist.

După 8 şedinţe bolnava anunţă o diminuare a cefaleei şi o ameliorare a vederei (lucru confirmat la oftalmoscop). După 7 luni de ameliorare fenomenele revin şi se institue zece şedinţe de tratament, în urma cărora revine o nouă ameliorare. In Septembrie se repetă acelaş tratament, dar fără efect. Autorul conchide că radioterapia în aceste cazuri poate aduce ameliorări temporare şi poate împedica pentru un timp evoluarea boalei. DR. C. I. URECHIA

C. PARHON et M. GOLDSTEIN. — **Un cas de tumeur de l'hypophise sans acromégalie. Troubles mentaux et sommeil pathologique.** *Journal de Neurologie belge* 1909 Janvier). Autorii dau observaţia unei bolnave de 18 ani, ce n'a fost nici odată menstruată şi care prezenta o mare tendinţă la somn, uita imediat ceea ce i se spunea, sau ceea ce făcea, însă păstra de ajuns de bine amintirile din copilărie. Dureri de cap şi ameţeli. Nu poate sta în picioare. Nici un simptom de acromegalie. La necropsie, o tumoră chistica înlocuia ipofisa. Timusul persista, cântărind 15 gr. Autorii zic: ea aici având hipofuncţiune a glandei, faptul nu contrazice teoria acromegaliei unde exista o hiperfuncţiune. Turburările mintale se par mai frecuente în tumori simple de cât în cele cu acromegalie. Atrag atenţia asupra amenoreei şi persistenţei timusului. Se mai întreabă ce rol ar putea juca schimburile chimice alterate prin hipofuncţiune asupra somnului. DR. C. I. URECHIA

ETTORE LÉVI — **Contribution à l'etude de l'infantilisme du type Lorrain.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.* No. 4. 1908. Trei cazuri tipice de infantilism tip Lorain. Conformaţiunea corpului în aceste cazuri nu e aceia a copiilor ci a adolescenţilor imediat înainte de apariţia pubertăţei. Radiografia arată persistenţa cartilagelor de conjugaţie la creste la cari ele trebuiau să fie osificate. Persistenţa acestui caracter nu poate să fie deci considerată ca un simptom exclusiv al infantilismului mixedematos al lui Brissaud şi cu atât mai puţin nu trebue să admitem cum au făcut-o unii autori că în infantilismul tip Lorrain ar exista o osificaţie prematură. Intru ce priveşte patogenia infantilismului autorul nu împărtăşeşte teoria exclusiv tiroidiană a lui Hertoghe ci admite că modificări multiple în diferitele glande cu secreţiune internă sunt capabile să determine infantilismul.

Cauza infantilismului la cele 2 surori pare a fi fost sifilisul ereditar iar în al 3-lea caz o afecţiune cardiacă.

Intr'unul din cazurile celor 2 surori, radiografia arată şi o lărgire a şelei turceşti ceia ce indică o ipologie a ipofizei. Bolnava e de cât-va timp amorotică. Autorul nu crede probabil că e vorba de o leziune a ipofizei consecutivă alteraţiunei altor glande eudocsine ci i se pare mai de grabă că ar fi vorba de o meningită serosoasă sifilitică cu hidrocefalie şi cu alteraţiune consecutivă a ipofizei.

C. PARHON

ETTORE LEVI. — **Persistenza del canale cranio-faringeo in due cranii di acromegalici: significato et importanza di questo nuvro reperto in rapporto alla patogenesi dell acromegalia e delle sindromi ipofisarie in genere.** *Rivista Critica di Clinica medica.* Anno X. 1909. Firenze. Pe baza a 2 cazuri personale şi a câtor-va cazuri din literatură autorul ajunge să considere persistenţa conductului cranio-faringeu în acromegalie ca un fapt frequent dacă nu constant.

Cum pe de altă parte faptul e rarisim la adultul normal, crede că poate să inducă că această variaţiune scheletică e în raport intim cu procesul patologic ce se petrece în aparatul ipofisar la indivizii cari în cursul desvoltării ulterioare vor fi supuşi la sindrome din cele pe cari experienţa a făcut să le numim ipofisare.

Faptul acesta face încă să se presupună că alteraţiunea primitivă a ipofisei începe în primele timpuri a le vieţei embrionare contrariul celor ce s'a crezut până acum.

Studiile lui Civàlleri asupra existenţei unei ipofize faringee la adultul normal fac pe autor să arate necesitatea unui studiu amănunţit al acestei chestiuni, căci ipofiza faringee ar putea avea un rol în sindromele ipofizare.

Ca o simplă ipoteză autorul admite că leziunea sau funcţiunea vicariantă a acestei formaţiuni ipofizare accesorii ar putea explica cazurile de acromegalie în cari ipofiza cerebrală a fost găsită normală sau cele în cari exista o tumoră ipofizară tără acromegalie.

In fine aminteşte că faptele recente aduse de unii chirurgi relative la efectele ablaţiunei pituitarei în acromegalie vorbesc pentru teoria ipofizară a acestui sindrom şi a altora analoage.

C. PARHON

FRANCHINI et GIGLIO.— **Encore sur l'acromégalie.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, No. 5, 1908. Trei cazuri de acromegalie, dintre cari 2 la tată şi fată, deci un caz ereditar, lucru rar în acromegalie. (Fraentzel, Benardi, Fraenkel, Schowner, Warda au descris de asemenea cazuri ereditare). Autorul atribue alteraţiunilor glandelor endocrine multiple un rol important în patogenia diferitelor simptome observate în acromegalie.

Unele fenomene sunt comune în sindromul lui Basedow şi la uni acromegali. De asemenea astenia din boala lui Addison sau din miastenie se poate vedea în acromegalie şi autorul a găsit de 2 ori pe 4 cazuri reacţiunea miastenică tipică, iar într'un al 3-lea caz o epuizare musculară însemnată.

Tiroida şi ipofisa sunt glandele ce au după autor rolul esenţial în acromegalie, fără să poată spune care e prima glandă alterată şi care e alterată în mod secundar.

Cercetările radiografice au arătat autorului — lucru deja cunoscut — că ipertrofia poate atinge atât scheletul cât şi părţile moi şi ca mai rare ori se poate observa şi atrofie osoasă.

Autorul a studiat şi schimburile nutritive găsind mai cu seamă un deficit de azot şi fosfor şi o retenţie de calciu şi magneziu. De asemenea a găsit o creştere a amidoacizilor ceea ce indică o insuficienţă hepatică. Desdoirea grăsimilor e scăzută în acromegalie, ceea ce indică o alteraţiune probabilă a funcţiunilor pancreasului. Alteraţiunile schimburilor nutritive variază de alt-fel cu gradul în care se găseşte boala, nu evoluţia ei mari repede sau mai lentă, etc.

C. PARHON

GUGLIEMO. — **Anomalie del circolo arterioso del Willis in 50 alienati.** *Rivista italiana di Nevropatologia;* Vol. II, fasc. 5, 1909. Autorul constată frequentele anomalii ale poligonului lui Willis la alienaţi. Aceste anomalii şi turburările circulatorii consecutive ar putea avea un rol în turburările psihice

C. PARHON

BRISSAUD et BAUER. — **Sur les troubles de la motilité dans la maladie de Thomsen.** *Revue Neurologique*, No. 10, 1909. Toate turburările motorii din maladia lui Thomsen se explică prin existenţa a 2 fenomene fundamantale:

1. Incetineala decontracţiunei musculare.
2. Contracţiunea sinergică a antagoniştilor.

C. PARHON

P. STEFANELLI et ETTORE LEVI. — **Contributo alla conoscenza dell'osteomalacia umana.** *Rivista Critica di Clinica medica.* Anno IX, 1908. Firenze.

Observaţiunile a 2 cazuri de osteomalacie. Intr'unul existau şi fenomene basedowiene (exoftalmic, semnul lui d-l Graefe la o femeie castrată).

Autorii au putut să izoleze de la aceste cazuri un microorganism sub forma de diplo sau streptococ, crescând pe medii variate, colorându-se cu *gram* deşi nu rezistă mult la decoloraţie. Acest microorganism pare a fi acelaş sau foarte apropiat de cel descris de Morpurgo şi de Arcangeli şi Fiocca. Inoculaţiunile la animale făcute de autori au rămas negative. Din contră Morpurgo inoculând din aceleaşi cazuri a obţinut aleraţiuni ale scheletului la şoarici.

Autorii admit deci etiologia infecţioasă a osteomalaciei. Dar adaogă că acest factor nu pare a explica toate faptele şi recunosc că glandele cu secreţiune internă exercită o însemnată acţiune asupra troficităţei scheletului. C. PARHON

RAYMOND et FRANÇAIS — **Syndrôme protubérential, avec hyperexcitabilité du nerf facial et troubles du goût.** *Revue Neurologique*, No. 8, 1909. Reese din această observaţie, de alt-fel pur clinică, că o leziune bulbo-protuberanţială poate determina turburări ale sensibilităţei gustative asemănătoare cu acelea ce rezultă din secţiunea coardei timpanului şi aceasta fără să determine nici o perturbaţiune sensitivă sau sensorială în zona de distribuţiune a trigemenului sau a glosofaringianului, ceea ce arată independenţa relativă a centrului sensorial al coardei timpanului. C. PARHON

ZIVERI. — **Ricerche sulla cosi detta Fase I a di Nonne Apelt (Reazione della globulina) nel liquido cefalo-rachideo nella pratica psichiatrica.** *Rivista italiana di Nevropatologia, Psychiatria etc.* 1909, fasc. 5. Această „primă fază“ constă în turburarea lichidului când se adaugă o soluţie saturată de sulfat de amoniu la o parte egală de lichid cefalorachidian la rece.

Filtratul acestui prim examen, fiert şi adăugat cu acid acetic (faza II-a) dă în mod constant o turburare.

Din contră faza I-a nu e pozitivă de cât în anumite cazuri: 100% în paralizia generală, 16,3% în demenţa senilă. Era pozitivă şi într'un caz de delir acut. Din contră a rămas negativă la idioţi, imbecili, epileptici, demenţii precoci, alcoolici, pelagroşi, emiplegici şi demenţii postapoplectici.

Rezultatele autorului de acord cu acelea ale lui Nonne, Marinescu şi Meyer arată marea frequenţă a reacţiunei în paralizia generală şi psihozele de origină sifilitică, şi raritatea ei în alte cazuri. C. PARHON

Patologie generală

FORSCHBACH J. — **Zur Pathogenese des Pancreasdiabetes.** *(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. Bd.* 60, p. 131. 1909. Autorul şi-a propus să cerceteze în ce mod se influenţează diabetul pancreatic unui câine ce se află în Parabiosă cu un alt câine.

In acest scop se iau câini de 5—10 săptămâni, fătaţi odată şi de acelaşi sex. Două din aceste animale se unesc prin peritoneu, după procedeul lui Sauerbruch şi Heydc. Autorului i-a reuşit a ţine în parabiosă chiar animale în vârstă de un an şi de sex diferit.

De îndată ce eliminarea jodului administrat primului animal prin cel de al doilea, arată că există o comunicare între ambele animale, s'a extirpat unuia pancreasul

După această operaţie animalele trăesc câte-va zile. Diabetul, care urmează extirpărei pancreasului este în acest caz foarte atenuat. Une-ori chiar, apariţia lui e împedecată. Şi la cel de al doilea animal care posedă pancreasul, apare o uşoară glicosurie. Probabil o parte din zahărul neutilizat de animalul depancreatat, trece în cel-lalt animal; totuşi nu aceasta e cauza micşorărei glicoruriei la animalul depancreatat, de oare-ce dacă animalele sunt separate, glicosuria apare la animalul fără pancreas în toată intensitatea sa.

Din aceste experienţe rezultă pentru teoria diabetului pancreatic, că influenţa animalului cu pancreas asupra celui căruia i s'a extirpat pancreasul se exercită nu pe cale nervoasă, ci prin schimbul de limfă şi sânge între ambele animale. Aceste experienţe sunt de asemenea hotărâtoare în contra teoriei neurogene a lui Pflüger.

D. I.

Patologie externă

A. MAYER. — **Turburări neurotrofice după anestezia lombară.** *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1909 vol. XIV f. 3, pag. 162. Autorul raportează observaţiunea clinică a unei femei, în etate de 59 ani, atinsă de un cancer inoperabil al colului uterin şi căreia 'i se făcu o operaţiune paliativă (fistulă recto-vaginală cu închiderea vulvei, după metoda lui Küstner) sub anestesia rachidiană cu 0,08 ctgr. stovaină şi 0, gr. 0003 adrenalină, injectată între 1-a şi a 2-a vertebră lombară.

După 3 zile, apar de-o parte şi de cealaltă a ombilicului nişte pete verzui, sau albăstrui, aproape simetrice. In curând aceste pete, de aparenţă echimotice, se înconjură de un lisereu roşu, de aproape 2 mm. lăţime, epidermul se desface, se ridică în vesicule şi ia o coloraţiune gălbue iar după acea se necrosează de la centru spre periferie.

Se formează apoi nişte ulceraţiuni cu fundul turtit, înconjurate de un lisereu gălbui şi de un guleraşi roşu; zona gălbue distrugându-se cu încetul, ulceraţiunile ajung să nu mai aibe de cât o limită roşie iar fundul lor lardaceu se acopere pe alocurea de cruste brune.

Vindecarea a fost extrem de înceată (10 săptămâni de la debutul afecţiunei încă mai existau pe alocurea cruste şi la nivelul ulceraţiunilor persistă pete pigmentate în brun).

Autorul crede că aceste accidente sunt de ordin trofic şi sunt provocate de leziuni ale sistemului nervos central, consecutive injecţiunei intrarachidiene. El le compară cu leziunile ce se observă în cursul poliomyelitei anterioare, a siringomyeliei sau a tabesului. In cazul de faţă aceste accidente, zice autorul, sunt datorite toxicităţei stovainei şi nu pot fi atribuite unor cauze mecanice.

G.

A. LICHTENBERG şi L. MÜLLER. — **Asupra stărei pulmonilor şi a cordului, după operaţiunile abdominale.** *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1909, No. 9, pag. 439. Autorii expun rezultatul unor cercetări metodice făcute pe o serie de 100 de cazuri (operaţii: 35 hernii, 23 apendicite, 10 intervenţii pe stomac, 20 pe căile biliare, 12 alte diferite). In două treimi din cazuri s'a făcut anestezia generală prin cloroform, prin eter, sau printr'un amestec de cloroform şi eter; în cealaltă treime de cazuri s'a întrebuinţat anestezia locală prin novocaină-suprarenină, afară de un singur caz în care s'a făcut rachi-anestezia.

In aceste 100 de cazuri s'au constatat de 73 ori complicaţiuni pulmonare postoperatorii.

Concluziunile la care ajung autorii, după numeroasele detalii pe care le dau asupra fie-cărui caz în parte, sunt următoarele:

Complicaţiunile pulmonare postoperatorii sunt extrem de frequente; statisticile vechi au dat o evaluare falşe a lor, căci aceste complicaţiuni pot rămâne ascunse şi complect necunoscute.

Ele se manifestă, în primele zile, prin ascensiuni termice uşoare şi puţin durabile, chiar dacă operaţiunea a fost perfect aseptică; nu pot fi calificate de pneumonii, dar dacă împrejurările concură, ele pot deveni foarte uşor punctul de plecare al pneumoniilor; în caz contrariu, ele dispar fără a împedica vindecarea.

Majoritatea complicaţiunilor pulmonare se arată prin semne fizice şi pot fi recunoscute a 2, 3, 4-a zi, după operaţie.

Modul de anestezie este fără influenţă asupra producerei accidentelor pulmonare: ele urmează tot aşa de bine anesteziei locale prin novocaină ca şi acelei generale prin cloroform sau eter.

Adevăratele pneumonii post-anestezice sunt rari.

Cele alte complicaţiuni rezultă din embolii sau sunt datorite decubitului.

Leziunile mari cardiace se par că joacă în etiologia acestor complicaţiuni un rol cu mult mai puţin important de cât leziunile vaselor şi ale miocardului.

G.

CARREL. — **Rezultatele îndepărtate ale unei duble nefrectomii cu reîmplântarea unui rinichi.** Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris, 1909, No. 10, pag. 418. Autorul relatează o experienţă făcută la 6 Februarie 1908, în care este vorba de o căţea, căreia 'ia extirpat rinichiul stâng, a trecut prin el o soluţiune de a lui Locke, l'a pus într'un borcan plin cu aceaşi soluţiune, la temperatura laboratorului şi după acea la replantat la acelaş animal. Intreruperea circulaţiunei în rinichi, a durat 50 de minute. După 15 zile, Carrel, a rezecat şi rinichiul drept; după un de la operaţiune, animalul îşi păstrează o stare normală, sănătatea lui este excelentă.

Din această observaţie, autorul trage următoarele concluziuni:

Din punct de vedere chirurgical, technica transplantaţiunilor de organe, este actualmente destul de perfectă pentru a da rezultate durabile. Din punct de vedere biologic, perfusiunea rinichiului cu soluţiunea lui Locke, o anemie complectă de 50 minute, şi separaţiunea de sistemul nervos central, pot să nu producă nici o leziune incompatibilă cu funcţiunile, cel puţin pentru un timp de un an. G.

DRIOUT. — **Despre anestezia locală în reducerea luxaţiunilor primitiv ireductibile.** *Revue médicale de l'Est,* 1909, No. 6, pag. 187. Autorul arată rezultatele obţinute în două cazuri în care a practicat metoda de anestezie locală preconizată de Quenu în Iulie 1908.

In primul caz este vorba de un bărbat de 32 ani, cu luxaţia înapoi şi înafară a cotului, provenită în urma unei căderi.

Durerile erau atât de mari că nici cea mai mică exploraţiune nu putea fi încercată. Driout făcu atunci, după o asepsie prealabilă, o serie de injecţiuni intramuşculare de cocaină în soluţie de 1⁰/₀ şi anume: un ct. c. la nivelul bicepsului, la brachialului anterior, în muşchii epitrochleeni şi cei epicondilieni şi la nivelul tricepsului. După câte-va minute el putu, fără a provoca mari dureri, să exploreze regiunea, să constate mobilitatea laterală şi să se asigure de absenţa unei fracturi. Incercarea de reducere a arătat însă că tricepsul era încă foarte contracturat; Driout făcu atunci o a şasea injecţiune care'i permise a reduce luxaţia prin simplă tracţiune pe când un ajutor împingea olecranul înainte. Examenul radiografic, făcut după două zile, a arătat că totut era în ordine.

In al doilea caz e vorba de un bolnav de 30 ani, cu o musculatură foarte dezvoltată, care căzuse şi-şi făcuse o luxaţiune subcoracoidiană a umărului. S'a încercat mai întâi procedeul de reducere al lui Kocher şi apoi al lui Mothe, dar cu toată forţa întrebuinţată, a fost imposibil să mobilizeze capul umeral. După acea a recurs la injecţiunile cu cocaină, şi din soluţia de 1°/₀, a injectat 1 c. c. la nivelul tricepsului, a supra şi subspinosului, a subscapularului, a bicepsului şi a deltoidului; după câte-va minute de aşteptare, încearcă o reducere dar nu reuşeşte fiind-că contractura musculară persistă; bolnavul fu atunci adormit şi fu de ajuns să-i pună braţul în abducaţiune înaltă pentru ca reducerea să se facă imediat şi foarte uşor.

G.

E. REHN. — **Asupra degenerescenţei kystice a papilelor fongiforme ale limbei.** *Archiv für Klinische Chirurgie,* 1909, vol. 88 f. 4 pag. 1053. Este vorba de un copil de 8 ani, la care, încă de când era de 2 ani, mama sa observase prezenţa unui buton pe jumătatea dreaptă a limbei. In timpul când s'a prezentat lui R., leziunea se prezenta ca o tumoră ovală, boselată, lungă de 5 ctm., largă de 3 ctm. şi făcând pe limbă un relief de 6 m. m. Această macroglosie parţială aducea o jenă însemnată în funcţiunile organului.

Pentru a înlătura această jenă şi pentru a evita o infecţiune, s'a făcut ablaţiunea tumorei imediat la nivelul unde se continua cu corpul muscular. Examenul microscopic a demonstrat că era vorba de o degenerescenţă kystică prin stasă limfatică.

Autorul arată că această varietate de macroglosie, care de alt-fel este foarte rară, este lipsită de ori-ce malignitate.

G.

H. MIYAKE. — **Afasie traumatică cu emiplegie dreaptă la un stângaciu; trepanare; vindecare.** *Archiv für klinische Chirurgie* 1909 vol. 88 fasc. 3, pag. 800. Este vorba de un copil în etate de patru ani, care, în urma unei căderi violente, dobândeşte o fractură a boltei şi a bazei craniului; în regiunea temporală stângă se constata o înfundare a osului, pe o întindere cât o piesă de un leu. După 4 zile bolnavul iese din coma, dar, se constată la dînsul o afasie motrice complectă şi o emiplegie dreaptă; La trunchi şi la membre, fenomenele paralitice regresează puţin câte puţin, pe când afasia persistă ca şi în prima zi.

Se decide atunci intervenţia şi se procede la extracţia fragmentului osos, care comprimă centrul limbagiului. Rezultatul operaţiunei fu excelent, căci a 26-a zi, copilul părăsi spitalul aproape vindecat. După 14 luni, nu mai rămăsese nici o urmă de accidentul suferit, iar intelectuàliceşte, părea chiar mai desvoltat de cât copii de talia sa. Autorul socoteşte această observaţiune ca fiind foarte importantă, din punct de vedere al localizărilor cerebrale. Compresiunea era exercitată la nivelul circonvoluţiunei lui Broca, dar, fiind-că copilul era stângaciu se putea aştepta ca vorbirea să nu-i fie atinsă. Pentru acest motiv autorul nu crede că a fost vorba aci de o afasie încrucişată, ca acelea descrise de Bramwell, ci din contră, copilul prezenta o anomalie congenitală, în virtutea căreia centrul vorbirei era aşezat în emisferul stâng.

G.

L. RAWLING. — **Câte-va puncte în tratamentul chirurgical al fracturilor bazei craniului.** *The Lancet,* 1909, No. 11, pag. 762. (Societatea medicală din Londra, 8 Martie 1909). In timp de 6 ani, autorul a avut ocaziunea să studieze aproape 300 asemenea cazuri şi pe baza acestora conchide că trebue să deosebim trei ordine de fapte:

a) Acele cazuri în care temperatura se menţine sub normală, bolnavul rămâne în stare de şoc cerebral, urmat adesea de moarte în câte-va ore;

b) Acelea unde temperatura se urcă până la 38°, 39° şi perzistă ast-fel mult timp, — cazuri, în care ridicarea sau coborârea temperaturei indică moartea sau vindecarea apropiată;

c) Acelea în care temperatura urcă la 39°.5 şi mai mult, reacţiunea după colapsusul iniţial este exagerată şi bolnavul moare cu semne evidente de compresiune cerebrală.

In primele cazuri, bolnavul va fi pus cu capul în jos, cu membrele bine bandajate de la extremitate către bază; se va practica injecţiuni de serum artificial cu adrenalină; de îndată ce temperatura va avea tendinţă să se urce, se vor înceta injecţiunile.

In cazurile din urmă, afară de ridicarea temperaturei, există de obicei semne de compresiune cerebrală: pulsul încetinit, respiraţia stertoroasă, pielea caldă, faţa turgidă. Pentru a suprima acest acces de presiune cerebrală, cel mai bun lucru este de a lega artera meningee mijlocie ruptă, sau de a închide sinusul venos rupt; dar, fiind-că acest lucru este adesea foarte greu, trebue să ne mărginim fie la sângerare, fie la puncţiunea lombară — care nu dă nici un rezultat, sau practicăm o operaţiune decompresivă — de preferinţă trepanaţiunea intermusculo-temporală (a lui Cushing).

O emoragie profusă şi continuă prin conductul auditiv extern, ne va face să bănuim o colecţiune extradurală şi o fractură întinsă a stâncei; se va evita o tamponare a conductului auditiv, de oare-ce eşirea sângelui va preveni compresiunea cerebrală; de asemenea nu se vor face spălături în ureche, căci membrana timpanului şi tegmen timpani find rupte, putem expune bolnavul la o infecţiune meningee.

G.

R. BERGMEISTER. — **Lymfangiom al orbitei.** Societatea imperio-regală a medicilor din Viena, 5 Februarie 1909. Este vorba de un copil în etate de 2½ ani, care prezenta la pleopa superioară o tumefacţiune moale, rău delimitată, şi care se pierdea brusc în pielea tâmplei. Compresiunea venei jugulare nu exercită nici o influenţă asupra tumorei. Bulbul ocular nu este proeminent dar este uşor deformat înăuntru şi în jos. Fundul ochiului e normal în ambele părţi. Pe piept şi pe spate bolnavul prezintă o mulţime de pete pigmentate de volumul unui bob de linte până la acela al unei palme; autorul le consideră ca un început de neurofibromatosă. Afară de aceasta, bolnavul prezenta oare cari deformaţiuni ale scheletului (curbarea tibiilor, etc.).

Autorul reaminteşte observaţiunea clinică a lui Tr. Collins, de nevrom plexiform al pleopei superioare, combinat cu buftalmos şi în care nervii cilliari prezentau alteraţiuni caracteristice de neurofibromatoză, cari mergeau până la coroidă. El arată că neurofibromatoza sau nevromul plexiform al pleopelor nu poate să fie tot-deauna în clinică deosebit de lymfangiom, şi amândouă sunt anatomiceşte procese cari evoluează împreună.

In ce priveşte procedeul operator, extiparea totală fiind imposibilă din cauza delimitărei rele, s'a întrebuinţat electroliza.

G.

H. FRIEDENWALD.—**Cinci cazuri de tromboflebită a sinusului lateral, terminate prin vindecare; relaţiuni privitoare în special la diagnostic şi prognostic.** *The Laringoscope*, 1909 T. IX No. 1, pag. 13. Autorul a observat 5 cazuri de tromboflebită a sinusului lateral, survenite în urma unei otite milocii supurate.

Primul se raportă la un bărbat de 29 ani, la care, otita succedase unui erizipel al feţei. Acest bolnav prezenta nişte oscilaţiuni termice între 37^7 dimineaţa şi 40.7 seara; curba a persistat 8 zile. S'a incisat sinusul lateral şi s'a găsit un trombus supurat, din ale cărui însemânţări a crescut numai streptococ pur. E de remarcat că tromboflebita aceasta a evoluat fără să se traducă măcar printr'un frison.

Al doilea caz se referă la o fetiţă de 16 ani, care suferise de o otită gripală, contra căreia i se prescrisese numai instilaţiuni de glicerină fenicată, fără să i se facă paracentesa timpanului.

G.

Pediatrie

ALLARIA et ROVERE.— **Nouvelles recherches cliniques et hématologiques sur la péritonite tuberculeuse traitée par les rayons Roentgen.** *Arch. de med. des Enf.*, Iunie 1909. Bun studiu critic asupra 7 cazuri de peritonită tuberculoasă tratate prin radiotherapie. Rezultatele au fost defavorabile în afară de 1 caz în care tuberculoza nu era complect dovedită. Cercetările hematologice au arătat că razele X aduc alteraţiuni uşoare şi inconstante în formula leucocytară.

GRIGORE JACOBSON

BOKAY. — **Contribution à la pathogénie du stridor inspiratoire congénital.** *Arch. de med. des Enf.*, Iunie 1909. Bokay combate părerea lui Hochsinger care atribuă stridorul congenital compresiunii determinate de un thymus hypertrofiat.

In cele trei cazuri foarte demonstrative aduse de autor, afecţiunea era datorită unei deformaţiuni a vestibulului şi a epiglotei; în unul din aceste cazuri intubaţia a determinat încetarea stridorului; în al 2-lea caz, deformaţia epiglotei s'a constatat la autopsie; în al 3-lea, deformaţia s'a putut vedea prin laryngotracheoscopia directă; şi în toate cazurile lipsea hypertrofia thymică (1 autopsie şi 2 radiografii).

Deformaţia constă într'o încolăcire a epiglotei şi într'o schimbare de poziţie a cutelor aryteno-epiglotice: orificiul vestibular ia forma unei crăpături ca şi cum ar fi o altă glotă deasupra glotei (glota vestibulară lui Variot şi Bruder). O serie de fotografii arată cu cea mai mare evidenţă modificările descrise de autor.

In ceea-ce priveşte patogenia acestei deformaţiuni, Bokay tinde a admite că e secundară şi datorită atracţiunei marginelor epiglotei prin curentul aerian în momentul inspiraţiunei. Această patogenie a fost demonstrată în mod experimental de Thomson, şi în cazul III al autorului deformaţia inspiratorie a epiglotei se putea vedea prin metoda lui Kilian.

Bokay nu neagă că thymusul poate fi în stare de a provoca compresiuni ale tracheei dar crede că importanţa acestor compresiuni a fost exagerată şi că, în special, e o eroare de a aplica stridorului congenital această patogenie, cel puţin în mod general.

GRIGORE JACOBSON

COMBY. — **Rechauffement des débiles par un procédé nouveau.** Procedeul descris de Dufour şi aplicat de Dionigi Tibone tratamentului scleremei nouilor născuţi este foarte simplu şi practic. El consistă a înveli copilul, îmbrăcat şi înfăşat, într'o foaie de ţesut inpermeabil (taffetas gommé) capul rămânând afară. In caz de scleremă, se înveleşte în stofă impermeabilă numai partea bolnavă.

GRIGORE JACOBSON

COMBY. — **La morphine chez les enfants.** *Arch. de Med. des Enf.* Iunie 1909. Comby arată că frica opiului la copii nu pare justificată. Cel puţin unii autori au obţinut succese însemnate cu injecţiile de morfină în apendicite, crup, tuse convulsivă, asthm, etc. Fenomenele de intoleranţă par a fi excepţionale. Dar aceasta nu vrea să zică că morfina se poate administra în clientelă larga manu. Trebue luate în seamă observaţiunile autorilor vechi. In ori-ce caz medicamentul trebue pus din nou în experienţă şi viitorul va decide întru cât frica de morfină e justificată.

GRIGORE JACOBSON

DAUCHEZ. — **La prostitution chez les filles mineures, ses causes, ses remèdes.** *Arch. de Med. des Enf.*, Iunie 1909. Scurtă revistă generală asupra cauzelor prostituţiunii la fetele minoare cu o statistică personală a autorului. Enumeraţia diferitelor opere de binefacere cari se ocupă cu adăpostirea minoarelor prostituate şi educaţiunea lor.

G. J.

HELLESEN. — **Über die Kutane Tuberkulinreaction im Kindesalter.** *Jahrb. f. Kinderh.* Iunie 1909. Studiu critic cu o serie de 418 cazuri personale.

Cutireacţiunea la tuberculină e specifică şi reprezintă un mijloc de diagnostic de mare valoare în tuberculoza copiilor.

Reacţiunea *pozitivă* dovedeşte existenţa tuberculozei dar nu indică dacă această tuberculoză e *activă*.

Tuberculoza latentă fiind rară în prima copilărie, o reacţiune la un copil sub 2 ani are o mare valoare; în a doua copilărie, reacţiunea are mai puţină valoare din cauza frequenţei tuberculozei latente (inactivă).

De ex. o reacţiune pozitivă la un copil de 1 an cu bronşită suspectă indică aproape la sigur că e vorbă de tuberculoză, pe când la un copil de 10 ani în aceleaşi condiţiuni, o reacţiune pozitivă nu permite de a trage concluziuni.

O reacţiune *negativă* permite aproape la sigur de a elimina tuberculoza (câte-va excepţii mai cu seamă în cazurile de tuberculoză ajunsă la perioada cachectică).

GRIGORE JACOBSON

JACOBSON. — **De l'alimentation des nourrissons avec le Babeurre.** *Arch. de Med. des Enf.*, Apr. şi Mai 1909. E vorbă de o revistă generală în care autorul rezumă toate lucrările apărute asupra babeurrului de la primul său memoriu din 1903. El examinează succesiv: preparaţia în casă a babeurrului, preparaţia industrială, conservele, diferitele formule, analizele, bacteriologia, digestiunea şi scaunele în alimentaţia cu babeurre, urinele, schimburile nutritive, inconvenientele şi accidentele alimentărei cu babeurre, modul de acţiune, indicaţiunile şi contraindicaţiunile.

Fiind vorbă mai mult de o revistă generală cu câte-va observaţii personale, se înţelege că acest memoriu nu poate fi rezumat.

Voi refera numai asupra *indicaţiunilor* cari se pot enunţa în modul următor:

a) la sugacii atinşi de vărsături incoercibile sau de spasm al pylorului, după ce se va încerca laptele de femeie după metoda lui Heubner (sugeri frequente fără a ţine seamă de vărsături) se va putea încerca administraţia babeurrului care va da, une-ori, succese neesperate.

b) în gastroenteritele acute (febrile) babeurrul este contra-indicat în perioada acută, pe când reuşeşte în genere în faza dyspeptică care urmează enterita.

c) în dyspepsiile gastro-intestinale, babeurrul va reuşi în toate cazurile în cari laptele de femeie sau laptele de vacă pur sau diluat nu reuşeşte. In toate aceste cazuri de intoleranţă pentru lapte e vorbă de o intoleranţă pentru substanţele grase.

Babeurrul nu va reuşi însă în cazurile în cari pe lângă intoleranţa pentru grăsimi mai există şi o intoleranţă pentru zahăr sau pentru făinoase. In aceste din urmă cazuri e vorba de dyspepsii foarte grave şi se va putea tenta alimentaţia cu babeurre fără făină şi fără zahăr sau cu cantităţi minime de zahăr. E evident însă că această alimentaţie excepţională trebue să se dea numai în treacăt de oare-ce babeurrul fără hydraţi de carbon e un aliment insuficient pentru a asigura raţiunea de întreţinere.

Intr'o lucrare apărută de curând Finkelstein a arătat că în aceste cazuri grave (descompoziţie) se poate une-ori obţine restabilirea copilului alimentându-l la sân cu cantităţi de lapte extraordinar de minime. Se înţelege că şi această metodă nu se va putea întrebuinţa decât un timp foarte scurt. GRIGORE JACOBSON

NAGEOTTE - WILBOUCHEWITCH. — **Cyphose à crête épineuse.** *Arch. de Med. des Enf.*, Apr. 1909. Formă specială de Cyfoză caracterizată prin proeminenţa în afară de rând a 2 sau 3 apofyze spinoase. Această proeminenţă este de obiceiu interscapulară (6-a, 7-a, 8-a vert. dors.) şi constituă ca o mică cifoză cu curbură mică în mijlocul unei cifoze întinse cu curbură mare.

Această cifoză care a putut uneori fi confundată cu un morb a lui Pott este foarte rebelă şi excepţional se poate corecta. Şi chiar în cazuri de corectare e mai mult vorba de o corectare compensatoare exagerată a curburei celei mari, curbura cea mică rămânând neschimbată. GRIGORE JACOBSON

NOVÉ - JOSSERAND şi PEHU. — **Un cas de sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez un nourrisson de trois mois.** *Arch. de Med. des Enf.* Apr. 1909. Fapt clinic — operaţie — autopsie şi examen istologic. Era vorba de o ipertrofie adevărată a tunicei musculare la nivelul pylorului.

Les dangers des bandes infantiles. Revistă generală după o lucrare a lui Waring. Autorul descrie (nu fără oare-care exageraţiune) primejdiile înfăşatului la sugaci care ar putea determina: lipothymii, vărsături şi regurgitaţii, hernii inguinale şi ombilicale, prolapsus anal, diformităţi toracice, agravarea afecţiunilor pulmonare, turburări în circulaţia cerebrală şi convulsiuni, etc. **GRIGORE JACOBSON**

PERREIRA. — **Les cris incessants comme symptome de l'hérédosyphilis.** *Arch. de med. des Enf.*, Mai 1909. Unii autori (Genaro Sisto, Gaing, Comby) cred că unele ţipete rebele ale sugacilor trebuesc atribuite sifilisului hereditar şi se vindecă prin tratamentul antisifilitic. Ţipetele ar fi datorite unor dureri osteocope (?) autorul are pretenţia de a aduce o observaţie nouă în care nici măcar sifilisul nu e dovedit! **GRIGORE JACOBSON**

TAILLENS. — **Un cas d'hyperthermie due à la rougeole.** *Arch. de med. des Enf.*, Mai 1909. Caz de rugeolă în care temperatura a atins la un moment dat 43 grade. Nici o complicaţie. Vindecare. **G. J.**

WEILL et PÉHU. — **La péritonite tuberculeuse du nourrisson.** *Arch. de med. des Enf*, Iunie 1909. Studiu anatomic şi clinic asupra peritonitei tuberculoase la sugaci.

Anatomiceşte afecţiunea evoluează de obiceiu sub forma cazeoasă; leziunile intestinale sunt destul de constante. Se observă în mod relativ frequent leziuni cazeoase în organele genitale ale ambelor sexe. In fine, în regulă se observă alteraţiuni difuze ale celorlalte organe.

Cliniceşte afecţiunea debutează prin dureri abdominale (ţipete, coapsele fixate pe abdomen), vărsături, timpanism, diaree.

Mai târziu se observă aceleaşi semne ca la copilul mai mare: abdomen voluminos, meteorism, circulaţie colaterală, diaree, turburări digestive; abdomenul e dureros la palpaţie; se poate observa senzaţia de flot lateral şi lombo-abdominal. Une-ori ascita fiind cloazonata, matitatea nu se modifică prin poziţiunea bolnavului. Se poate simţi o împăstare difuză sau „plăcinte“ abdominale. Se poate observa une-ori sub pielea abdomenului noduli duri (Widerhofer) cari ar fi mici ganglioni tuberculoşi.

Une-ori s'a observat o scurgere vulvară purulentă (Vierordt).

Se va face totdeauna tuşeul rectal.

Afecţtunea e de obicei apyretică.

Deschiderea printr'o fistulă ombilicală este relativ frequentă.

Semnele generale sunt cele ale ori-cărei tuberculoze a sugacilor.

Terminaţia obişnuită e moartea prin cachexie progresivă sau infecţiuni secundare sau generalizare. Vindecarea însă se poate produce în formele ascitice.

Diagnosticul, adese-ori dificil, e de făcut cu abdomenul voluminos al rachiticilor, cu unele ciroze spleno-hepatice mai cu seamă cu cele de origină sifilitică, cu diferitele forme ale peritonitelor netuberculoase, cu unele tumori abdominale. E totdeauna greu de a deosebi peritonita tuberculoasă de tuberculoza intestinală cu formă ulceroasă. **GRIGORE JACOBSON**

Procedee technice

H. PUY le BLANC. — **Procedeu practic pentru cercetarea sângelui în urine.** *Teză.* Paris 1909 Martie. Aci este vorba de un procedeu imagirat de Meyer din München, încă din 1903 şi care are, asupra reacţiunilor întrebuinţate până acum, avantagiile că: reactivul este uşor de preparat şi este ieftin; reacţiunea se face foarte uşor, la patul bolnavului — fără laborator şi aparate speciale; este foarte uşor de constatat, este de o sensibilitate extremă (1/100000) şi este specifică.

Iată technica acestui procedeu:

a) Prepararea reactivului. Se ia un vas Erlenmeyer sau un balon oarecare în care se pune 2 gr. de fenol-ftaleină şi 20 gr. de potasă anhidră, dizolvate în 100 gr. apă distilată.

Acest amestec se încălzeşte la temperatura fierberei şi după acea se adaugă 10 gr. pulbere de zinc. Amestecul, care e roşu la începutul reacţiunei, se decolorează cu încetul sub influenţa hidrogenului născând, care provine din acţiunea potasei asupra zincului; când decoloraţiunea e complectă, se filtrează lichidul ferbinte.

Fierberea trebue să fie foarte scurtă — să nu treacă de 4—5 minute; în tot acest timp se agită continuu vasul, şi *imediat* ce lichidul s'a decolorat, ne grăbim să'l filtrăm.

Reactivul ast-fel preparat poate să fie conservat la infinit, dar cu condiţiunea ca să fie păstrat la adăpost de aer, într'un flacon ermetic închis.

b) Reacţiunea. Se ia un tub de — încercare o eprubetă, şi se varsă într'însul succesiv: 2 c. c. de urină, apoi 1 c. c. de reactiv, şi în urmă, III, IV picături de apă oxigenată la 12 volume.

După un oare-care exerciţiu, ne putem chiar dispensa de a mai măsura cantitatea lichidelor căci esenţialul consistă în a mesteca două părţi de urină cu una de reactiv şi de a adăuga cam o picătură de apă oxigenată pe centimetrul cub de amestec; cu modul acesta nu mai avem nevoe nici de tub gradat, nici de pipetă.

Când reacţiunea e pozitivă, lichidul dobândeşte imediat (—în 10 secunde—1 minut) o coloraţiune *roşie* de fucsină a cărei intensitate variază după cantitatea de sânge conţinută în urină; în acelaşi timp se formează şi un fel de mucus persistent care se colorează în roşu. **G.**

Terapeutica

E. DOUMER. — **Sur l'activité thérapeutique de la d'Arsonvalisation.** *(C. R. A. S.* 29 Martie 1909. No. 13). Autorul a ales pentru acest studiu bolnavi în hypertensiune pe cât posibil comparabili, fără constipaţie, fără albuminoide şi nici obezi. Hipertensiunea lor iniţială luată cu spfygmo-manometrul lui Potain nu întrece 25. Acţiunea hypotensivă a acestor curenţi arată că activitatea câmpurilor magnetice oscilante, equivalente din punct de vedere electro motor sunt equivalente din punct de vedere therapeutic. **S. L.**

Dr. GILBERT SERSIRON. — **Cure marine ou cure hydro-minérale pour le traitement des enfants dystrophiques?** Pentru indicarea mai precisă a eficacităţei uneia sau alteia din aceste cure, sau chiar amândouă combinate, autorul împarte copii debili, distrofici în două mari categorii: distrofici *hereditari* şi *accidentali.*

Prima categorie cuprinde pe copii cu *tuberculoză locală* (osoasă, ganglionară) şi pe *rachitici.* In aceste două cazuri, cura la mare face adevărate minuni. Sunt însă şi contra indicaţii, când e vorba de copii nevropaţi, impresionabili, anemici, dermopaţi, sau din cei cu coryza sau bronşite cronice.

A doua categorie cuprinde toţi copii deveniţi accidental, distrofici, în urma unei maladii infecţioase, a unei proaste hygiene şi rele alimentaţii etc.

Aceştia profită incomparabil mai mult pe urma unei cure hidro-minerale în localitate muntoasă. In sfârşit aceste două cure se combin adesc ori după indicaţii şi li se mai adaugă cu folos *gimnastica respiratoare* şi *helioterapia*.

MARIA MĂCIUCESCU

Dr. GOTTSCHALK. — **Les ferments lactiques dans le traitement de la constipation.** *Communication à la soc. méd. du IX Arrondissement de Paris.* După câte-va consideraţiuni asupra auto-intoxicaţiei digestive, după ce arată, că toate, purgativele cunoscute, fără a constitui o „primejdie socială". sunt totuşi în cea mai mare parte, realmente vătămătoare, mai ales prin întrebuinţarea lor prelungită, autorul trece la analiza a 10 cazuri de enterită veche cu constipaţie, tratată cu fermenţi lactici. Rezultatele obţinute sunt în majoritate favorabile.

Autorul însă nu acordă acestei noui medicaţiuni de cât un rol adjuvant la tratamentul, înainte de toate dietetic şi higienic al constipatiei şi e departe de a considera fermenţii lactici ca absolut specifici în această afecţiune.

MARIA MĂCIUCESCU

L. LEWIN. — **Asupra otrăvirei prin bismuth şi asupra unui succedaneu netoxic al bismutului pentru cercetările radiografice.** *Münchner medizinische Wochenschrift* 1909, No. 13, pag. 643. Autorul arată că administrarea subnitratului de bismuth, une-ori în doze considerabile, pentru cercetările radiografice ale tubului digestiv, este pe nedrept considerată ca inocentă; autorul arată cu dovezi convingătoare că *toate* sărurile de bismuth sunt toxice şi determină aproape tot-deauna accidente uşoare sau grave.

Autorul conchide că sărurile de bismuth trebuesc înlocuite printr'un corp netoxic care să se bucure de proprietăţile analoage, adică să împedice razele Roentgen. După diferite cercetări, el preconizează oxidul de fer magnetic natural (Fe.$_3$ 0$_4$). Această sare care nu se descompune în stomac, poate fi redusă în pulbere fină, (5000 grăunţi pe cm. pătrat) şi încorporată cu pureaua de cartofi sau cu chocolotă, în proporţiune de 15—30 %.

Pe lângă avantagiul că administrarea acestei substanţe este lipsită de ori-ce inconvenient, dar, rezultatele obţinute în acest mod, chiar din punct de vedre radiografic, sunt superioare tutulor celor de până acum.

G.

P. BONNIER. — **Les centres manostatiques et le traitement physiologique de l'artério-sclérose.** *(C. R. A. S.* 15 Martie 1909 No. 11). Centri manostatici, ar fi după acest autor, centri bulbari cari ar presida la regularea presiunei interne a organizmului prin intermediul căilor vasculare, având o acţiune asupra elasticităţei păreţilor vaselor.

Arterio-scleroşi şi mai ales tympano-scleroşi nu-şi pot equilibra de cât cu greu, presiunea liquidelor cephalo-rachidian şi labyrintice, când presiunea exterioară se modifică repede. De unde ţiuitul urechilor resimţite, în ascensiunile cu balonul sau chiar la unele persoane în timpul variaţiunilor de presiune atmosferice.

Din punct de vedere teoretic, o antrenare metodică şi prudentă după acest autor, cu balonul şi cu funicularul (de ce nu o cameră în care să se poată diminua presiunea după voinţă?) ar putea exersa o acţiune eficace, physiologică, asupra arterio-sclerozei, punând în joc centri aceştia manostatici. Rămâne ca practica să confirme aceste vederi ingenioase ale autorului.

S. L.

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine"

CALEA VICTORIEI— PASSAGE ROUMAIN, 19.— BUCAREST

TÉLÉPHONE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* **M. M. A. Gilbert et L. Thoinot**, *22 fascicules ont paru.*	
Le Dentu et Delbet: *Nouveau traité de chirurgie publié en fascicules; 11 fascicules ont paru*	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.20
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* **Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes.** *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească"

Anul V, No. 8. August 1909. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. GRIGORE JACOBSON
Medic al Policlinicei Aşezămintelor Brâncoveneşti

SANATORIILE MARITIME

Un sanatoriu maritim este un stabiliment special în care se tratează, şi de obicei se vindecă printr'o cură *prelungită* în atmosfera marină, copiii bolnavi de limfatism, de rachitism, de scrofulă, de tuberculoză localizată, precum şi copiii debili, predispuşi la tuberculoză.

Armaingaud în raportul său către comisiunea tuberculozei (Paris, 1900) scrie: „Tout le monde est d'accord sur ce point: le „rachitisme, la scrofule, la plupart des manifestations locales de la „tuberculose, surtout pendant l'enfance et l'adolescence, guérissent „au bord de la mer... il ne s'agit plus là d'un sujet en litige mais „d'une sorte de dogme au dessus de toute contradiction et qui „s'appuie sur une expérience constante et jamais démentie".

Sanatoriile maritime sunt chiemate a îndeplini un rol de căpetenie în lupta contra tuberculozei. In această luptă, sanatoriul maritim are de realizat un triplu program: umanitar, profilactic şi curativ: Rol *umanitar* prin faptul că sanatoriile maritime ar putea adăposti mii şi mii de bolnavi, mai totdeauna copii, cari nu pot fi admişi în spitaluri fiind lipsă de paturi, şi cari tărăsc infirmităţile lor din consultaţie în consultaţie fără nădejde de vindecare; *rol profilactic* pentru că toţi aceşti bolnavi limfatici, scrofuloşi sau atinşi de tuberculoze locale, necăutaţi, vor deveni aproape la sigur ofticoşi şi vor răspândi contagiunea împrejurul lor; *rol curativ*, fiind-că o proporţie enormă din aceşti bolnavi se pot vindeca precum rezultă din statisticele de mai jos.

* * *

Toate ţările au recunoscut însemnătatea sanatoriilor maritime şi pretutindeni s'au construit şi se construesc stabilimente de felul acesta. Vom trece repede în revistă sanatoriile în fiinţă în anul 1905.

Numai la viitorul congres al tuberculozei vom afla ce s'a făcut de atunci încoace, fiind-că numai cu prilejul acestor congrese se publică descrierile stabilimentelor şi statisticile lor.

Franţa dispune de peste 16 sanatorii maritime în afară de stabilimentele cari sunt deschise numai câte-va luni pe an. Iată lista acestor sanatorii:

1. *Saint-Pol* (pe Marea de Nord) cu 300 paturi. Acest sanatoriu se măreşte acum, şi după noul plan el va cuprinde 600 paturi şi 200 paturi de infirmerie.

2—3. La *Berck-sur-Mer* sunt 4 sanatorii maritime: *Grand Hôpital* (1) *Hôpital Rotschild, Sanatorium Cazin Perrochaud* şi *Maison Cornu*. Aceste sanatorii dispun împreună de peste 2.000 paturi.

6. *Roscoff* (Manche) cu 80 paturi.

7. *Pen-Bron* (Loire Inférieure) cu 340 paturi deschise tot anul şi 140 în spitalul cel vechiu, deschise numai pentru coloniile de vacanţe.

8. *Saint Trojan* (în insula Oleron) cu 170 paturi.

9. *Arcachon* (Gironde) care primeşte copiii scrofulo-tuberculoşi din spitalele din Bordeaux.

10. *Cap-Breton:* 60 paturi.

11. *Hendaye* cu 400 paturi. Acest sanatoriu e pe cale de transformare. Noul plan cuprinde 600 paturi.

12. *Banyuls* cu 200 paturi.

13. *Sanatoriul Jean Martin* la Marsilia cu 22 paturi.

14. *Sanatoriul de la Hyéres-Giens* (Var) care primeşte bolnavi din spitalele din Lyon.

15. *Azilul Dollfus* la Cannes cu 50 paturi dintre cari 45 paturi pentru copii.

---

(1) Spitalului maritim din Berck sunt anexate două stabilimente particulare cari primesc pentru suma de lei 1,80 zilnic plătită de Asistenţa Publică, copii părăsiţi ai departamentului Seinei: casa *Bouville* (200—240 băeţi) şi casa *Parmentier-Vincent* (160 fete) adică 400 copiii. Peste curând aceste stabilimente vor putea adăposti 500 copiii. Ast-fel că numai Asistenţa Publică are la Berck peste 1.500 paturi (consultă: Hôpital maritime de Berck în *Arch. de méd. des Enf.* 1908 p. 839).

16. *Sanatoriile din oraşul Cette.* In acest oraş se găsesc 3 sanatorii: *Casa Krüger*, cel dintâiu sanatoriu maritim francez, clădit în 1847; *Sanatoriul civil* şi *militar* cu 1.000 paturi, primind anual vre-o 800 copiii; *Nouveau Lazaret* cu 350—400 paturi.

Aceste sanatorii sunt destinate copiilor debili, limfatici, scrofuloşi, rachitici sau atinşi de diferitele varietăţi de tuberculoze localizate. Sanatoriile de la Hendaye şi Hyères-Giens admit şi copii cu leziuni pulmonare.

„Ces sanatoriums qui ont pour but de prévenir la tuberculose „pulmonaire, occupent avec toutes les œuvres de préservation de „l'enfance, dans la guerre à la tuberculose, la première ligne de „défense contre un ennemi toujours prêt à franchir la frontière..... „Ils remplissent plus particulièrement encore la fonction de forts „avancés. Malheureusement ces forts avancés ne sont pas assez „nombreux, il en faudrait non pas 19 mais 50" (1).

Sanatoriile franceze sunt în parte întocmite de Asistenţa Publică (Berck, Hendaye), dar în majoritate sunt datorite donatorilor particulari: Coraly Hinsch (Cette), Jean Dollfus (Cannes), Renée Sabran (Hyères) Oeuvre des Hopitaux marins (Banyuls, Saint-Trojan), M-e Desjobert (Cap Breton), Rotschild (Berck), M-r Van Cauwenberghe (Saint-Pol) şi Jean Martin (Marseille).

După un raport al lui Barbier, medic al spitalelor din Paris (2) Franţa dispunea în anul 1905 de 4.950 paturi destinate curei maritime.

Anglia posedă un spital maritim la *Margate* (Royal Sea bathing infirmary for scrofula) clădit în anul 1791. Acest spital dispunea în 1905 de 150 paturi dintre cari 85 pentru copii.

Mai există „convalescents homes" la *Seaford*, *Hastings-Tite*, *Brighton*, *Ramsgate*, *Scarborough* şi *Redcar;* şi câte-va sanatorii mai mici: *Eversfield Hospital* la St. Leonards on Sea (35 paturi) şi *Hull and East Riding convalescent Home* la Withernsea (30 paturi).

In **Italia** primul sanatoriu maritim a fost deschis în 1856 la Viareggio. In această ţară, un adevărat apostol Guiseppe Barelaï a făcut, cu o remarcabilă tenacitate, o campanie energică în favoarea sanatoriilor maritime, ast-fel că la moartea lui, în 1884, existau în

---

(1) *Armaingaud.* Rapport au Congrès de la Tuberculose. Paris 1905.

(2) Barbier. Rapport au Congrès de climatothérapie d'Arcachon, 1905.

Italia peste 20 spitale maritime cari primiseră în 23 ani peste 52.000 copii.

Iată lista celor 23 spitale maritime italieneşti în fiinţă în 1905, cu numărul copiilor căutaţi în anul 1901 (2).

Celle Ligure (Prov. Genova)	1.520
Loano	519
Pietra Ligure	80
Voltri	244
Viareggio (ospiciu din Florenţa)	824
Viareggio (ospiciu din Provincia de Lucques)	783
Livorno (ospiciu Mgr. Fiametti)	35
Bocca d'Arno (Provincia Pisa)	344
Porto San Stefano	434
Anzio (Provincia Roma)	550
Anzio (ospiciu Principesa Yolanda)	40
Napoli	240
Palermo	163
Veneţia (Spitalul din Lido)	1.894
Cesenatico (Prov. de Forli)	168
Riccione	1.467
Rimini (Prov. de Bologna)	150
Riccime (osp. din Ferrare)	80
Fano (Prov. de Pesaro)	640
Falconone (Prov. de Ancona)	298
Fontespino (Prov. de Macerata)	15
San Benedetto del Tronto (Prov. de Ascoli)	60
	10.548

Belgia posedă *Spitalul din Middlekerke*, (100 paturi), datorit generozităţii lui Roger Grimberghe.

De la 1884 până la 1904 acest spital a căutat 2.472 copii.

Mai există şi *Villa maritimă de la Wenduyne* care a primit de la 1903 până la 1905, 262 copii.

In **Holanda** avem:

Spitalul maritim de la Zandvoort.
Spitalul maritim de la Scheweningen: 100 paturi.
Kinderzickenhuis de la Wykaan Zee: 40 paturi.

---

(2) d'Espine. Rapport au Congrès de la Tuberculose. Paris, 1905.

Ospiciul de la Loosduinen cu 24 paturi (sucursala spitalului de copii de la Rotterdam).

In **Germania** clădirea sanatoriilor maritime a început acum 25 ani, din îndemnul Prof. Beneke de la Marburg. Acesta a fondat comitetul pentru „Kinderheilstätten an der deutschen Seeküsten“ a cărui secretar general a fost chiar de la început Prof. Ewald. Sub influenţa acestui comitet s'au clădit treptat:

Ospiciul maritim de la Wyk în insula Föhr (150 paturi).

Ospiciul Friedrich Franz la Grossmüritz (123 paturi).

Marele Ospiciu Kaiserin Friedrich la Nordeney cu 264 paturi;

Ospiciul maritim de la Zoppot, lângă Danzig, cu 140 paturi.

Acest „Verein für Kinderheilstätten etc.“ a ospitalizat în anul 1904, 2.036 copii.

Mai semnalăm încă „*Christian Görne Stiftung*“ la Duhnen lângă Cuxhaven, spital israelit deschis numai vara cu 140 paturi.

In **Austria** *Sanatoriul de la Grado,* pe Adriatica, a ospitalizat în anul 1904, 299 copii.

Sanatoriul de la Triesta, suprimat în 1900, a fost înlocuit prin sanatoriul de la *San Girolamo d'Oltra.*

Sanatoriul Arhiducesei Maria Tereza la *San Pelagio,* mare stabiliment modern cu 200 paturi, îşi datoreşte existenţa unui comitet vienez constituit sub îndemnul Prof. Albert, comitet din care face parte M. S. Impăratul Franz Iosef.

Acest sanatoriu a tratat de la 1898 până la 1904, 1.956 copii. Marina austriacă a dăruit ospiciului un mic vapor cu care copiii ospitalizaţi se plimba pe mare de 2 ori pe săptămână.

In **Danemark** se aflau în 1905 3 sanatorii maritime deschise tot anul, anume:

Sanatoriul de la Refsnaès cu 130 paturi;

Sanatoriul de la Juelsminde cu 52 paturi;

Sanatoriul de la Odder cu 20 paturi.

In această ţară mai sunt şi 2 sanatorii maritime deschise numai vara la *Hellebäck* şi la *Snögebäck.* In aceste două sanatorii de vară se succed serii de copii de la Aprilie până în Octombrie (2 luni pentru fie-care serie).

In **Norvegia** avem :

Sanatoriul de la Friedriksvaern cu 100 paturi şi cel de la *Hagewik* cu 37 până la 51 paturi.

In **Suedia :**

Sanatoriul *Principesei Regale Victoria* la Barkakra cu 70 paturi ; *Sanatoriul maritim de la Styrsö* cu 50 paturi ; şi *Sanatoriul maritim de la Hâlsan* la Bygdea cu 14 paturi.

In **Rusia** se găsesc :

Hospiciul de la *Windawa* (Baltică) cu 60 paturi, sanatoriul de la *Aloupka* (Crimeea) cu 70 paturi şi sanatoriul de la *Odessa* pe malul Limanului, care primeşte în fie-care an peste 200 copii.

In **Portugalia** avem :

Sanatoriul de la *Outao* cu 35 paturi şi cel de la *Carcavellos* cu 120 paturi.

Spania are numai sanatoriul maritim *Santa Clara* la Chipiona cu 12 paturi.

Raportorii despre sanatoriile maritime la Congresul din Paris (1905), Armaingaud şi d'Espine n'au putut căpăta alte date despre sanatoriiie maritime din America de cât că există în **Republica Argentină** un mare sanatoriu maritim cu 300 paturi la *Mar del Plata.*

Dar la acelaş congres (1905) Brannan (1) a raportat rezultatele excelente obţinute de el la sanatoriul de la *Sea Breeze,* clădit în 1904 pe plaja meridională de la Coney Island (New-York) stabiliment creat sub auspiciile „Societăţii pentru îmbunătăţirea stării săracilor din New-York“.

* * *

Cari sunt acum rezultatele ce se obţin în aceste sanatorii? La această întrebare se poate răspunde fără ezitaţie că rezultatele obţinute sunt *admirabile.* Toţi oamenii de ştiinţă sunt de acord asupra acestui punct. Am citat mai sus părerea Prof. Armaingaud.

D'Espine (2) (din Geneva) scrie : „les sanatoriums maritimes

---

(1) Brannan. Traitement marin de la tuberculose osseuse et lymphatique des enfants. Comptes-rendus du Congr. de la tuberculeuse. Paris 1905.

(2) D'Espine. Rapport au congrès de la tuberculose, Paris 1905,

„s'imposent comme l'agent prophylactique et curateur par excellence „de la tuberculose infantile et l'agent préventif le plus puissant de „la phtisie chez l'adulte."

Iată încă părerea lui Bergeron (1): „Plus on guérira de scrofuleux, plus on aura de chances de diminuer pour l'avenir le „nombre des victimes de la tuberculose... or, un fait certain, c'est „qu'on peut guérir la scrofule, et le traitement marin est, de tous, „celui qui, non seulement a le plus rapidement et le plus sûrement „raison des manifestations anatomo-physiologiques de la scrofule, „mais encore relève et transforme assez profondément l'organisme, „pour le mettre à l'abri des récidives".

Aşi putea înşira încă numeroase aprecieri despre sanatoriile maritime, dar toate sunt la fel. De altmintrelea publicarea unor statistice va fi mai convingătoare.

A. O primă statistică se referă numai la boalele scrofulo-tuberculoase:

	Numărul copiilor scrofulo-tuberculoşi	Proporţiunea tuberculozei osoase %	Vindecaţi %	Amelioraţi %	Succes total %	Neamelioraţi %	Morţi %
Refsnaës (Schepelern) 1875-1904	3.221	54.3	52.9	35.2	88.1	6.8	4.9
Friedriksvaern (Sinding-Larsen) 1892-1904	847	45.8	71.7	14.9	86.6	8.4	5
Asile Dollfus (d'Espine) 1882-1904	792	39	52.4	41.2	93.6	4.4	2
Loosduinen (Mulder) 1902-1903	52	10	47.9	44.2	92.1	4.0	3.8
Odder (Hecht) 1896-1904	91	13	66.7	13.2	76.9	18.6	4.3
Middlekerke (Verneuil) 1884-1904 (tuberculoză osoasă şi ganglionară)	1.145	69.1	51.4	25.1	76.5	18.8	4.7
Ostende (Delcroix) 1897-mars 1905) (tuberculoză osoasă şi ganglionară)	336	80	58.9	29.7	88.6	7.7	3.5
Windawa (Weliaminoff 1900-1904) (tuberculoză osoasă şi ganglionară)	151	88.3	44.3	36.4	80.7	17.1	2

---

(3) Bergeron. Rapport à la commission de la tuberculose, Paris 1900.

Statisticele cari se referă numai la copiii scrofulo-tuberculoși dau 48°/₀ vindecări și 27°/₀ ameliorați, adică 75°/₀ succese, 21.2°/₀ insuccese, și 3.8 mortalitate.

B. Următoarea statistică cuprinde pe lângă scrofuloși, și copii limfatici și rachitici:

	Numărul total al copiilor îngrijiți	Proporțiunea tuberculozei osoase °/₀	Vindecați °/₀	Ameliorați °/₀	Succes total °/₀	Neameliorați °/₀	Morți °/₀
Grand Hopital Berck (Cazin 1869-1882)	4.692	59	70.7	3.2	73.9	18.8	7.2
Berck, Hopital Rotschild (Cazin 1872-1882)	315	22.2	72.7	22.2	94.9	4.8	0.3
Berck, Hopital Rotschild (Calot 1872-1899)	2.430	40.8	—	—	94.5	4.9	0.6
Banyuls (Leroux 1888-1903) . . .	1.321	27.7	68.3	17.5	85.8	9.5	4.6
Saint Trojan (statist. oficială 1897-1903)	570	30	56.3	21.4	77.7	20.7	1.5
Pen-Bron (statist. oficială 1900-1904)	1.511	62.2	75.7	11.8	87.5	11.2	1.2
Arcachon (Armaingaud 1887-1896).	446	7.3	75	16.	91	8.4	0.6
Cap Breton (Dulau 1889-1904) . .	386	17	71.8	14.2	86	12.2	1.5
Roscoff (Bagot, 1901-1903) . . .	123	38.7	69.9	22.7	92.6	5.6	1.7
Saint-Pol (Lespilette, 1902-1904) .	415	52	47.9	25.3	73.2	19.2	7.2
Hendaye (Verneau 1900-1901) . .	744	0	81.4	16.5	97.9	1.7	0.9
Giens (Vidal 1891-1903)	2.939	22.9	34.4	46.8	81.2	17.3	1.2
Margate (Perccy-Wood 1880-1883).	508	56.3	23.8	68.3	92.1	5.5	2.3
Margate (Bertram Thornton, 1904).	510	—	15.3	67.2	82.5	16.2	1.3
San Pelagio (Kien, 1898-1904) . .	1.956	49.1	77.3	12.3	89.6	5.4	4.8
Barkakra (Lindahl 1903 și 1904) .	171	18.7	64.9	27	91.9	7	1.1
Nordeney (Wohlberg 1886-1904) .	13.713	5.1	32.5	55.1	87.6	4.9	0.15

Iată altă statistică, referitoare la sanatoriile franceze, datorită Prof. Armaingaud:

Proporțiunea vindecărilor în cele zece sanatorii maritime cari au înaintat statistici.

	Saint-Pol		Berck		Roscoff		Pen-Bron		Saint-Trojan	
	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile
Anemie și limfatism . .	62	462	60	—	95	90	99	89	67	463
Tumefacții ganglionare și adenite	64	495	75	—	75	150	86	258	63	194
Scrofulide	33	—	84	—	60	225	74	324	30	409
Rachitism	37	840	—	—	30	225	—	58	7	—
Tuberculoză osoasă . .	40	998	73	—	50	292	64	418	35	447
Artrite vertebrale . . .			55	—	50	400	55	355	35	652

	Arcachon		Cap Breton		Banyuls		Cannes		Hyères-Giens	
	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile	°/o	Durata zile
Anemie și limfatism . .	84	299	98	467	83	374	67	—	77	Durata medie a tratamentului 271 zile.
Tumefacții ganglionare și adenite	92	260	95	666	87	566	66	—	38	
Scrofulide	87	200	84	660	85	822	50	—	50	
Rachitism	97	680	72	804	76	874	21	—	—	
Tuberculoză osoasă . .	60	532	56	539	69	807	60	—	8	
Artrite vertebrale . . .	37	683	—	526	56	907	42	—	6	

Acest din urmă tablou este rezumat de Armaingaud în modul următor:

In sanatoriile franceze au fost căutați de la 1887 până în 1905 un număr total de 60.000 copii. Vindecarea s'a obţinut la cei atinşi de:

Limfatism şi anemie în proporţia de	66°/$_0$
Tumefacţii ganglionare şi adenite	74°/$_0$
Tuberculoză osoasă	52°/$_0$
Artrite vertebrale	32°/$_0$
Scrofulide (piele, nas, urechi)	61°/$_0$
Rachitism	72°/$_0$

Proporţia totală a vindecărilor a fost de 59°/$_0$.

Armaingaud crede că dacă s'ar scoate din această statistică mulţi copii cari sunt reluaţi de părinţii lor prea de vreme, nevindecaţi, precum şi unii copii absolut incurabili trimişi în sanatoriu prea târziu, s'ar obţine o proporţie de vindecări de 72°/$_0$. Şi dacă s'ar aduna vindecările cu ameliorările foarte însemnate, am avea o proporţie de 84°/$_0$.

Dar să mai raportăm încă câte-va statistici parţiale.

După **Lafargue** (1) la sanatoriul de la Banyuls-sur-Mer, anemia, limfatismul, tumefacţiile ganglionare, scrofulidele şi rachitismul se vindecă sau se ameliorează în proporţie de 100/100 sau aproape după o durată medie de:

244 zile de cură pentru anemie şi limfatism
391 „ „ „ „ tumefacţiile ganglionare
450 „ „ „ „ scrofulide
671 „ „ „ „ rachitism

Tuberculoza osoasă se vindecă în proporţie de 71°/$_0$ şi se ameliorează în proporţie de 22°/$_0$ (71+22=93°/$_0$) după o durată medie de 583 zile de cură.

Artritele tuberculoase se vindecă în proporţie de 60°/$_0$ şi se ameliorează în proporţie de 18°/$_0$ (60+18=78°/$_0$) după o durată medie de 562 zile de cură.

După **Leroux** (2) statisticele adunate de la Banyuls şi Saint-Trojan dau următoarele cifre:

---

(1) Lafargue. La prétuberculose et le sanatorium de Banyuls-sur-Mer. *La lutte antituberculeuse Sept. et Oct. 1902.*

(2) Leroux. Cure marine des tuberculoses infantiles aux sanatoriums de Banyuls-sur-Mer et Saint-Trojau.

Comptes rendus du Congr. de la Tuberculose, Paris 1905.

	°/₀ Vindecări	°/₀ Ameliorați	°/₀ Stare staționară	°/₀ Agravație	°/₀ Decese	Media zilelor de cură
Coxalgii	45.21	23.47	16.53	13.04	1.73	829
Morbul lui Pott. . .	35.78	25.26	33.68	5.26	—	971
Tumori albe ale încheieturilor mari .	56.93	24.08	15.25	3.64	—	724
Osteite, osteoartrite supurate, osteoartrile încheieturilor mici.	71.06	16.35	11.32	—	1.25	562
Adenopatii	75	18.75	5.93	—	—	—
Lupus	53.84	30.76	7.69	7.69	—	—
Peritonită tuberculoasă	La 5 cazuri, 3 vindecări și 2 agravații.					
Tuberculoză pulmonară	Rezultate deplorabile.					

Autorul conchide că dacă starea generală e bună și când nu este nici generalizație, nici tuberculoză pulmonară, vindecarea e ca și sigură.

In ceea-ce privește tratamentul preventiv, adică cura marină aplicată la limfatici, predispuși la tuberculoză și fii de tuberculoși, se obține :

Vindecări	72.90°/₀
Ameliorații	20.64°/₀
Stare staționară	6.45°/₀

cu o medie de 280 zile de cură.

Calot(1) din Berck a observat în 15 ani, 26 peritonite tuberculoase dintre cari s'au vindecat 25. „La mare, zice el, osteitele și osteoartritele chiar supurate, se vindecă fără operație".

Vidal(2) a publicat asemenea rezultate admirabile obținute de dânsul în sanatoriul de la Hyères.

---

(1) Calot. Congrès de la Tuberculose, 1905.

(2) Vidal. Académie de médecine. 27 juin, 1904.

Keller (1) fără a cita statistici, publică şi el cazuri de vindecare remarcabile de la sanatoriul de la Wik.

* * *

Dar ast-fel de rezultate atât de admirabile nu cer oare sacrificii băneşti prea mari?

Pentru a răspunde la această întrebare vom pune la contribuţie o foarte interesantă lucrare a lui Leroux (2) în care chestia este tratată cu cea mai mare competenţă.

Iată mai întâi un tablou care ne arată cât costă aproximativ o vindecare în sanatoriu:

	Durata medie a curei în zile	Costul curei în franci
Limfatici, predispuşi, hereditari	280	560
Adenopatie tracheobronşică	429	858
Adenopatie cervicală tuberculoasă	479	958
Osteită, osteoperiostită, etc.	562	1.124
Peritonită tuberculoasă	614	1.228
Tumoare albă a încheieturilor mari	724	1.448
Boalele pielei şi ale mucoaselor	765	1.530
Coxalgie	829	1.658
Morbul lui Pott	971	1.942
Rachitism	980	1.960
Lupus	1.321	2.642
Tuberculoză pulmonară	2.785	5.570

Dar acest tablou nu ne poate da de cât o idee foarte inexactă asupra bilanţului unui sanatoriu maritim. Pentru a aprecia dacă sacrificiile băneşti ce se fac în sanatoriile maritime sunt justificate, trebue să le punem în paralel cu rezultatele obţinute.

Acest paralel este întocmit de Leroux în modul următor: bazându-se pe cheltuelile făcute la sanatoriile de la Banyuls-sur-Mer şi Saint-Trojan (1.500 de bolnavi) autorul împarte aceste cheltueli în 2 categorii:

---

(1) Keller. Ueber Erfolge u. Organisation der deutschen Seehospize. Monatschr. f. Kinderh., Oct. 1903.

(2) Charles Leroux. Les sanatoriums maritimes doivent s'orienter vers la prophylaxie. Paris 1908.

a) Cheltueli cu profit, adică sumele cheltuite pentru copiii cari au eşit din sanatoriu vindecaţi sau amelioraţi;

b) Cheltueli cu pierdere, adică sumele cheltuite pentru copiii cari au părăsit sanatoriul în stare staţionară sau cu boala lor agravată.

Făcând pentru fie-care categorie de bolnavi socoteala cheltuelelor cu profit şi a cheltuelelor cu pierdere, Leroux ajunge să întocmească următorul tablou:

Numărul cazurilor	Cheltueli cu profit	BOALE	Cheltueli cu pierdere	Numărul cazurilor
27	32.414	Coxalgii nesupurate	27.864	36
25	53.872	Coxalgii supurate	32.554	27
23	48.050	Morbul lui Pott, nesupurat	21.744	43
11	17.968	Morbul lui Pott, supurat	18.368	18
54	65.150	Tumori albe ale încheieturilor mari, nesupur.	27.850	41
113	126.974	Osteite, osteoperiostite, osteoartrite ale încheieturilor mici	21.878	46
240	230.198	Adenopatii cervicale tuberculoase	26.196	80
4	2.234	Adenopatii tracheo-bronşice	11.920	4
3	3.686	Peritonite tuberculoase	234	2
7	18.486	Lupus. Tuberculoze cutanate	4.400	6
3	16.712	Tuberculoză pulmonară	10.712	31
226	126.598	Limfatici, predispuşi, hereditari	12.836	84
46	70.808	Boale de piele, mucoase, nas, urechi, ochi .	37.594	35
91	178.444	Rachitism	74.414	84
3	4.188	Scolioză	18.192	18
6	8.666	Boale nervoase şi diverse	67.656	62
906	1.052.386		432.806	635

Se poate vedea în mod evident din această statistică că cheltuelile cu profit sunt cu atât mai mari faţă de cheltuelile cu pierdere, cu cât boala este mai puţin înaintată.

Se mai poate vedea că unele boli ca *tuberculoza pulmonară*, departe de a profita de cura marină, se agravează de obiceiu în sanatoriile maritime, cel puţin în condiţiunile în cari aceste sanatorii sunt amenajate azi.

Lupusul, tuberculozele cutanate nu par a fi influenţate în mod simţitor de mare: cura pentru aceste boli e prea lungă şi se poate obţine rezultate mult mai rapide şi mai satisfăcătoare cu diferitele tratamente speciale întrebuinţate în clinicile dermatologice.

Scolioza nu se vindecă la mare: în materie de scolioză numai un tratament ortopedic bine condus poate da un rezultat (1).

Unele *boli nervoase* (paralysie infantilă, maladia lui Little, parelysii diverse, gatism, idioţie, choreă, hydrocefalie, spina bifida etc.) sau *diverse* (ca incontinenţa de urină, piciorul strâmb, luxaţiunile congenitale, nefrita cronică, herniile, afecţiunile sifilitice) afecţiuni cari reprezintă 68 de bolnavi din statistica lui Leroux nu pot trage nici un profit notabil din cura maritimă. Ele sunt justiciabile de tratamente speciale cari se pot face ori-unde.

Toţi aceşti bolnavi contribue la creşterea cheltuelelor cu pierdere. De n'ar fi fost trimişi în sanatorii, sumele însemnate cari au servit la întreţinerea lor s'ar fi putut întrebuinţa pentru bolnavi de boale care se vindecă în sanatoriile maritime (cheltueli cu profit).

Rachiticii sunt amelioraţi în sanatorii numai când deformaţiunile osoase nu sunt definitive; e prin urmare absolut inutil de a se trimite în sanatoriu un rachitic cu deformaţiuni vechi.

Dacă studiam cu deamănuntul cazurile de *tuberculoze chirurgicale* ce se trimit în sanatoriile maritime, ne putem convinge că mulţi dintre bolnavi prezintă leziuni atât de înaintate în cât ori-ce sorţ de vindecare e exclus. La alţii, vindecarea e posibilă dar numai după o cură foarte lungă, pe când aceşti bolnavi, trimişi în sanatoriu mai de timpuriu, s'ar fi vindecat într'un timp relativ scurt.

E incontestabil că societatea e datoare de a ajuta pe toţi suferinzii, dar, fiind dat limitarea numărului locurilor disponibile în sanatorii, e natural ca să fie preferaţi cei cari se mai pot încă vindeca fără cheltueli exagerate.

Iată concluziile principale lui Leroux:

1. Tratamentul marin *preventiv*, aplicat copiilor limfatici, predispuşilor, hereditarilor cari trebuesc preservaţi de tuberculoză, este

---

(1) Tratamentul scoliozelor în sanatoriile maritime ar fi logic numai dacă s'ar anexa sanatoriului un institut ortopédic cum s'a făcut la Hendaya (Kirmisson, le traitement orthopédique au sanatorium d'Hendaye, 4-e Congr. français de climatothérapie, Biarritz 1908).

cel mai favorabil în privinţa rezultatelor şi în acelaş timp, cel mai economic. *Prin urmare sanatoriile maritime trebuesc orientate mai mult în direcţia profilaxiei decât în direcţia curei.*

2. Cura maritimă *a tuberculozelor localizate* nu ne dă rezultate terapeutice bune, cheltuelile fără profit nu vor fi evitate decât conformându-ne următoarelor principii :

a) Cura marină a tuberculozelor localizate se va prescrie cât mai de timpuriu; ea va fi prelungită timp de 1 sau mai mulţi ani consecutivi; ea va fi cu atât mai lungă şi mai costisitoare, rezultatele vor fi cu atât mai puţin favorabile, cu cât leziunea va fi mai gravă şi mai veche, cu cât starea generală va fi mai rea.

b) Nu trebue să trimitem în sanatoriile maritime tuberculozele localizate când sunt deja complicate de cachexie, de turburări digestive sau pulmonare grave. Trebue ca starea generală a bolnavilor să fie bună: altfel se produc insuccese şi agravaţii.

Procedând conform cu principiile enunţate mai sus, se vor reduce în mod considerabil cheltuelile cu pierdere, sumele economisite trecând la cheltuelile cu profit şi nu se va mai putea vorbi de sacrificii băneşti exagerate.

* * *

Dar, conservând aceşti copii în loc de a-i lăsa să piară, nu facem oare operă rea? Oare nu este trecător efectul curei marine şi aceşti copii nu se vor tuberculiza mai târziu creând focare de infecţie tuberculoasă?

La această chestiune Armaingaud răspunde că chiar dacă ar fi aşa, aceasta nu ne ar dispensa de datoria socială de a ajuta pe aceşti bolnavi.

Dar nu e aşa, şi lucrurile stau cu totul altfel: Mai întâi de toate, clienţii sanatoriilor maritime nefiind tuberculoşi pulmonari, ci atinşi de forme de tuberculoză cu evoluţie lentă, chiar de n'ar fi căutaţi în sanatorii, tot n'ar sucomba în timp scurt.

Mai târziu, aceşti bolnavi ar căpăta în mod aproape fatal tuberculoză pulmonară, fiind o primejdie socială de prima ordine. Unii continuând a trăi până la vârsta la care începe viaţa sexuală, vor constitui o primejdie pentru rasă, procreând candidaţi la tuberculoză.

Cea mai mare parte a cazurilor de cecitate, surditate, şchiopătare, cocoaşă, etc., cari fac pe tineri, inapţi la serviciul militar, *sunt consecinţa unor boli cari probabil s'ar fi vindecat prin cura maritimă.*

Prin sanatoriile maritime obţinem dar un beneficiu enorm din punctul de vedere social şi moral, precum şi din punctul de vedere individual, economic şi al apărării naţionale.

Era foarte interesant de a cerceta ce devin bolnavii eşiţi din sanatoriile maritime. Armaingaud a urmărit mulţi din clienţii sanatoriului de la Arcachon şi a constatat că în majoritatea cazurilor, vindecările se menţin. Mulţi au fost admişi a face serviciul militar şi l-au făcut în condiţiuni perfecte.

Alţii se însuraseră şi aveau copii sănătoşi absolut normali.

Ch. Leroux (1) (Banyuls) şi Vidal (2) (Hyères) au făcut anchete de acelaş fel cari au dat rezultate tot atât de satisfăcătoare ca şi cele ale lui Armaingaud.

După ancheta lui Leroux, din 95 bolnavi regăsiţi 10 ani după eşirea lor din sanatoriu, 70 au rămas vindecaţi.

O altă anchetă a lui Schepelern (3) a arătat că din 834 copii consideraţi ca vindecaţi la eşirea lor din sanatoriul dela Resfnaës, numai 10.3°/₀ au sucombat în urmă de tuberculoză.

Weliaminoff (4) urmărind 28 copii eşiţi din sanatoriul dela Windawa, a constatat după un an de zile că vindecarea se menţinuse la 21 dintre ei.

Şederea prelungită în sanatoriul maritim, este o condiţie principală de succes; toţi autorii sunt de acord asupra acestui punct. Şederile scurte pot conveni numai unor copii debili, şi încă cu condiţie ca să se reîntoarcă în sanatoriu în mai multe rânduri: tuberculoşii propriu zişi, aú din contră nevoe de o şedere prelungită şi neîntreruptă în sanatoriu: numai în aceste condiţiuni vindecarea complectă se poate obţine.

* * *

Nu e aci locul de a înzista asupra întinderii ce o ia din zi în zi tuberculoza în România. S'au publicat în această privinţă numeroase statistici cari nu lasă nici-o îndoială despre progresele flagelului.

---

(1) Ch. Leroux, citat în raportul lui d'Espine la Congresul din Paris, 1905.

(2) Vidal, idem, idem.

(3) Schepelern, idem, idem.

(4) Weliaminoff, idem, idem.

Dar pentru chestiunea care ne ocupă, ar fi de un mare interes, de a găsi o statistică a bolnavilor atinşi de tuberculoze locale de scrofulă, de limfatism. O ast-fel de statistică nu există însă nici la noi, nici în celelalte ţări.

Am răsfoit statisticele spitalelor Eforiei, statisticele consulaţiunilor gratuite ale Eforiei, Buletinul Direcţiunii Generale a Serviciului Sanitar. In niciuna din aceste publicaţiuni n'am putut găsi date de cari m'aş putea folosi pentru întocmirea unei statistici a *morbidităţii* prin tuberculoze locale. Am avut atunci ideea de a consulta *statistica recrutărilor*. Deşi nici aceasta nu ne poate da o idee exactă despre frecuenţa tuberculozei locale şi a boalelor cari sunt ameliorate prin tratamentul maritim, totuşi această statistică ne oferă câte-va date interesante:

După statisticile medicale ale recrutării tinerilor pentru formarea contingentelor 1899, 1900, 1901, 1902 (nu s'au publicat statistici mai recente), vedem că în aceşti 4 ani, au fost scutiţi de armată 19285 tineri, dintre cari pentru;

Impetigo	17
Pete centrale ale corneei	295
Otite şi otoree cu sau fără perforaţii ale timpanului	321
Surditate	100
Adenopatii scrofuloase	22
Deviaţiuni ale coloanei vertebrale	476
Boala lui Pott	121
Carii costale	9
Pleurite	33
Ascită	3
Testicul tuberculos	17
Tumori albe, artrite tuberculoase	224
Hidartroză	27
Ankyloze	656
Periostite, osteite tuberculoase	198
Coxite, coxalgii	108
Scrofuloza	258
Rachitism	394
Constituţie debilă	3010

Dacă căutăm a analiza această statistică, vedem că ea cupride:

1. Afecţiuni (ca adenopatiile scrofuloase, boala lui Pott, cariile

costale, testiculul tuberculos, artritele tuberculoase, periostitele şi osteitele tuberculoase, coxalgiile) cari se vindecă în sanatoriile maritime în proporţie de vre-o 60°/$_0$ (vezi statisticile de mai sus).

2. Afecţiuni (ca scrofuloza, rachitismul, constituţia debilă) cari se vindecă în sanatoriile maritime în proporţie de vre-o 75°/$_0$.

3. *In fine şi mai cu seamă infirmităţi incurabile* (ca petele centrale ale corneei, otitele sau otoreele cronice, perforaţiile timpanului, surditatea, deviaţiunile coloanei vertebrale, hydrartrosele, ankylozele, etc.) *cari sunt consecinţa unor boli* (Keratite, otite acute, artrite tuberculoase etc.), *cari s'ar fi vindecat în sanatoriile maritime în proporţia de 60°/$_0$*.

Putem admite prin urmare că dacă scutiţii din rubricile de mai sus ar fi fost căutaţi la vreme, în copilărie, în sanatoriile maritime, vre-o 70°/$_0$ dintre ei n'ar fi ajuns la infirmitate şi ar fi fost buni de armată. Adică s'ar fi putut recruta $\frac{6.289 \times 70}{100} = 4.402$ oameni mai mult în 4 ani, adică *1,100 oameni mai mult în fiecare an.* Şi putem afirma că această cifră e cu mult inferioară realităţii din următorele consideraţiuni:

1. In cei 4 ani consideraţi, au fost încă scutiţi pentru tuberculoză pulmonară 556 oameni. Cea mai mare parte din aceştia au fost desigur în copilărie scrofuloşi, predispuşi la tubercluoză, sau purtători de tuberculoze locale. Dacă aceştia ar fi fost supuşi în copilărie la o cură maritimă, mulţi n'ar fi ajuns la tuberculoza pulmonară.

2. Cauza principală de eroare acestei statistici este că un mare număr de copii scrofuloşi şi majoritatea copiilor atinşi de tuberculoze locale, sucombă înainte de vârsta recrutării. Mulţi din aceştia (aproxim. 60°/$_0$) n'ar fi sucombat dacă ar fi fost căutaţi în sanatoriile maritime, şi ar fi augumentat cu atât numărul tinerilor buni de armată.

Prin precedentele consideraţiuni se poate prin urmare avea o idee de foloasele imense ce rezultă din sanatoriile maritime, şi astfel se găsesc justificate următoarele cuvinte datorite lui Armaingaud: „guérir mille scrofuleux c'est préparer plusieurs régiments pour la „défense du pays: en guérir dix mille, c'est doter la France de „tout un corps d'armée".

* * *

In România nu s'a făcut aproape nimic pentru copiii scrofuloşi sau atinşi de tuberculoze localizate şi lipsa sanatoriilor maritime este cu atât mai simţită cu cât în ţările cele-lalte, pe lângă sanatoriile maritime, mai există, în vecinătatea oraşelor mari şi alte staţiuni climaterice nemaritime cari admit copii scrofuloşi.

De pildă, în împrejurimile Parisului se primesc copii scrofuloşi în sanatoriile din *Forges-les-Bains*, *Brevannes Angicourt*; şi chiar în Paris unele spitale ca *Herold* adăpostesc timp prelungit copii atinşi de tuberculoze locale.

Imprejurul oreşelor mari din Germania, există mai tot-deauna „staţiuni de pădure“ destinate copiilor limfatici şi scrofuloşi. In publicaţiunea „Deutsches Central Komite zür Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke: *der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung in Frühjahr 1905“* _ se găseşte indicaţia a 51 stabilimente situate în localităţi balneare sau climaterice, deschise tot anul sau numai vara, pentru copii tuberculoşi. Cu toate că aceste stabilimente sunt mai cu seamă destinate tuberculoşilor pulmonari, totuşi ele primesc mai mult sau mai puţin, copii scrofuloşi sau atinşi de tuberculoze localizate.

La noi nu se găseşte absolut nici un stabiliment de felul acesta şi spitalele nu primesc şi nu pot primi copii scrofuloşi decât în mod excepţional.

Singurul stabiliment din ţară destinat acestor copii este *sanatoriul maritim de la Tekir-Ghiol.*

Acest stabiliment deschis în anul 1899, nu funcţionează decât 7 luni pe an, şi nu este amenajat pentru o cură de iarnă. ceea-ce constituă un mare inconvenient. Copiii sunt trimişi la Tekir-Ghiol în serii succesive de la Mai până la Octomvrie, şi fie-care serie profită de cura lacului şi a mării numai vre-o 6 săptămâni.

In 8 ani, acest sanatoriu a căutat 1.309 copii.

D-rul Dona, care-l dirijează de la 1903, ne da următoarea statistică (1).

Din 706 bolnavi căutaţi : 168 vindecări
503 amelioraţi
şi 53 rămaşi în aceiaş stare.

Numărul paturilor este de 60 până la 70, dar cererile de admitere sunt atât de numeroase încât, pentru fie-care pat există 5, 6 şi chiar 10 solicitatori.

---

(1) Dona. Tekir-Ghiol. Bucureşti 1907.

Rapoartele doctorilor Sadoveanu și Dona ne arată rezultatele quasi miraculoase (1). obținute la Tekir-Ghiol. Dar dacă acest sanatoriu convine destul de bine copiilor limfatici și debili, e de temut că nu dă rezultatele dorite în tuberculozele locale, prin faptul că timpul de ședere în sanatoriu este prea mult limitat pentru tratamentul acestori afecțiuni.

Dacă reamintim că pentru vindecarea tuberculozelor locale, trebue o ședere în sanatoriu de la 562 până la 971 zile (vezi mai sus raportul lui Leroux), vedem că sanatoriul dela Tekir-Ghiol, chiar dacă ar fi deschis tot anul, n'ar putea adăposti decât vre-o 70 bolnavi atinsi de tuberculoze locale la fie-care 2 ani, adică vre-o 35 bolnavi pe an!

Aceste cifre ne arată ce neînsemnat serviciu poate face sanatoriul din Tekir-Ghiol în comparație cu numărul colosal de copii cari ar putea beneficia de sanatoriile maritime, și trebue să ne îndemne a lucra din răsputeri pentru a clădi noui sanatorii maritime, cari vor aduce țării un beneficiu considerabil: beneficiu direct prin faptul că vom conserva pentru muncă și pentru apărarea națională copii cari mor cu zile și beneficiu indirect prin ajutorul profilactic care-l vor da în lupta în contra tuberculozei.

---

(1) Expresiunea de „quasi miraculoase“ nu va părea exagerată ori cui ar avea curiozitatea de a consulta raportul d-lui Doctor Dona din analele statistice ale Eforiei Spitalelor Civile (vol. XIII, 1907). In acest raport găsim că, deși copiii bolnavi n'au stat în Sanatoriu de *cât o lună de zile,* totuşi din 31 osteoartrite tuberculoase s'au *vindecat* 7 din 26 coxalgii s'au *vindecat* 5, din 18 m. lui Pott s'au *vindecat* 3: Nu cred că cine-va să fi publicat vre-o dată vindecări de m. Pott și de coxalgii în o lună de zile, și ar fi de dorit ca d-l Doctor Dona să binevoiască a publica in extenso observațiunile acestor bolnavi, unice în analele științei.

LUCRĂRI DE OBSTETRICĂ

Dr. CONSTANTIN DANIEL

Mamela în cursul lactaţiei

(Higiena sânului. Insuficienţa mamară şi medicaţia galactogenă. Regimul alimentar galactogen. Medicaţia agalactică)

Reluând, într'o serie de publicaţii anterioare, studiul mamelei în cursul lactaţiunei normale la femeie, din triplul punct de vedere anatomic, fisiologic normal, experimental şi clinic, am văzut — cu toată origina sa embrionară modestă, — că glanda mamară reprezintă un aparat complex, admirabil organizat, care merită să ia un loc de frunte alături de marile viscere ale organizmului. Şi dacă în perioada de repaus glanda stă într'o inactivitatea aparentă, epiteliul său păstrează o vitalitate prodigioasă care din primele momente ale gestaţiunei intră în activitate funcţională, terminând dezvoltarea complectă a mamelei pe care o transformă în glandă adultă gata a funcţiona. Operaţiile histo-chimice fine, fenomenele cytologice cari se petrec în epiteliul secretoriu, ne arată în deajuns că mamelele în lactaţie nu sunt nici un filtru, nici o glandă banală, ci *un aparat eminamente diferenţiat: alimentar şi excretoriu*, în legătură intimă cu principalele viscere şi aparate glandulare ale organizmului. Dar în afară de secreţia unui produs alimentar, *laptele*, care constitue funcţiunea glandulară propiu zisă, mamela în timpul lactaţiunei poate avea, precum am văzut'o, un rol eliminatoriu pentru diferitele substanţe animale, vegetale, minerale, introduse în organizmul femeei. Mai mult, în cursul infecţiunilor şi intoxicaţiunilor, epiteliul mamar poate să devie un adevărat filtru permiţând eliminarea prin lapte a toxinelor şi microbilor, de unde o nouă eră deschisă terapeuticei:

laptele încărcat de substanțe vaccinante putând înlocui serul specific.

Se vede deci, din considerațiunile cari preced, că în terapeutica mamelei nu trebue să considerăm această glandă ca un simplu organ extern. Activitatea noastră trebuie să fie mult mai complexă, și să încercăm a aplica la sân toate metodele de cari dispune terapeutica nouă: opoterapia (ovarică, tiroidiană, mamară), fisioterapia, crenoterapia, farmacoterapia, etc. Numai ast-fel putem lucra direct, prin metode externe sau interne, asupra epiteliului mamar, deștepta sau stinge propietățile sale fisiologice, acelora sau incetini galactopoieza.

Terapeutica în cursul lactației normale se va reduce în: a lua toate măsurile spre a se asigura asepsia sânului, a se trata insuficiența mamară adresându-ne la metodele galactogene, a se stinge secreția lactată la femeile cari nu alăptează recurgând la medicațiile agalactice.

I

Profilaxia infecțiunilor mamare. Asepsia sânului.

La femeile cari alăptează mamelele trebuie să fie obiectul de precauțiuni higienice minuțioase, pentru a evita infecțiunea canalelor glandulare. Vom avea, din punct de vedere profilactic, de îndeplinit un dublu rol: *a) de a preserva regiunea mamelonară de invasia microorganismelor, b) de a împiedica desvoltarea lor dacă au ajuns deja până la mamelon.* Așa că higiena sânurilor va trebui să se întindă nu numai în timpul duratei lactațiunei, dar chiar și în timpul sarcinei (1) (2).

Mai ales în urma facerei și în special în prima lună a lactației profilaxia infecțiilor mamare trebuie să fie din cele mai rigu-

---

(1) A se consulta: Pingat, De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement (Thèse de Paris, 1890—1891).

Bacon, Prévention and management of infections of the breast during lactation (N. Y. medical journal, 12 janv. 1901, p. 45).

(2) *In timpul sarcinei,* în particular la femeile care voesc să alăpteze, se va da un număr oare-care de îngrijiri profilactice sânurilor. Loțiuni cu apă fiartă simplă și ușor alcoolizată (o lingură de supă pentru 500 gr. de apă) vor fi făcute pe sfârcul sânurilor de 3—4 ori pe săptămână. La fie-ce 8—10 zile se va face un săpunagiu al sânurilor luând o bae generală de curățenie. De la a 8-a lună a sarcinei, femeea va freca ușor mamelonul, în toate zilele, cu un tampon de vată hidrofilă muiată în alcool, pentru a ridica depositele de colostrum și squamele epidermice, care murdăresc pielea. Aceste loțiuni, aceste frecături, afară de propietățile lor antiseptice, par a avea o acțiune stimulantă asupra musculaturei mamelonului.

Se știe că *mameloanele turtite și ombilicate* se ameliorează sub influența spăroase. In această epocă, în adevăr, se vede producându-se soluţiuni de continuitate ale mamelonului (fisuri, crevase) şi infecţiile sânurilor prezintă maximum de frecuenţă.

Pentru a menţine asepsia mamelei în timpul leuziei, sunt mai multe regule de observat. *Femeia care alăptează va evita pe cât se poate contaminarea sânului.* Nici mama, nici doica nu vor atinge sânul până ce nu şi-au spălat mai întâi mâinile cu săpun şi cu peria. Rufele de asemenea vor fi de o curăţenie riguroasă. O dată pe săptămână se va face un savonaj al sânului cu vată şi apă căldicică în tot timpul lactaţiei.

Inainte ca copilul să ia sânul, mama va spăla mamelonul şi areola cu un tampon de vată aseptică muiată în apă sterilizată căldicică. De asemenea în acelaş mod, se va şterge partea anterioară a gurei copilului, care ar putea să contamineze sânul în timpul sugerei. *După* fie-care sugere se va şterge regiunea areo-mamelonară cu vată imbibată în apă căldicică (de preferinţă alcalinizată, 5 gr. de bicarbonat la 1 litru de apă). Aceste precauţiuni se vor continua în tot timpul alăptărei. *In interval,* între două succiuni, dacă sânul secretă şi se lipeşte de cămaşe, se va aplica în primele zile, în permanenţă pe mamelon, un mic pansament, care în afară de rolul său protector în contra frecăturilor, îl va preserva în contra contactului exterior. Acest pansament este variabil după autori (1). Pansamentul *umed,* care a dat cele mai bune rezultate în serviciul prof. Pinard (2) ne pare preferabil. El consistă în a aplica în permanenţă pe areolă şi mamelon un mic pansament umed (o rondelă de gaze, acoperită de o foaie de guttapercha sau de taffetas gomată) (3) menţinut

---

lăturilor şi fricţiunilor, ast-fel că prin întrebuinţarea unui mamelon artificial, puţin larg, comprimând areola şi permiţând din contra mamelonului să se dezvolte, se poate continua alăptarea.

Mameloanele scurte, sunt de asemenea aproape totdeauna susceptibile să se lungească sub influenţa spălăturilor combinate cu acţiunea de succiune sau prin întrebuinţarea unui mamelon artificial.

(1) Pansamentele uscate, care pot adera de mamelon şi să aducă smulgerea de lambouri epidermice sunt de înlăturat. De asemenea toate pomadele din terapia vechie cari nu se pot conserva în mod aseptic.

(2) A se consulta: Ressein, Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement (Thèse de Paris, 1884).

(3) Se fierbe comprese de tarlatană, sub formă de mici careuri sau rondele, în apă simplă sau în apă boricată saturată, şi se conservă totul într'un borcan închis hermetic.

printr'o centură de flanelă puţin strânsă, care va servi să susţie şi sânurile.

Aplicaţiunea acestor pansamente va fi continuată un timp variabil după femei. La femeile cari au alăptat deja şi la cari nu mai sunt de temut crăpăturile şi prin urmare infecţiunile mamare, pansamentele vor fi suprimate după 12—15 zile. La primipare, ele se pot continua timp de 3 săptămâni până la o lună. Şi numai când există leziuni reale, pierderi epidermice (fisuri, crevase) pansamentele mamelonului vor fi continuate până la dispariţia leziunilor.

Tratamentul fisurilor mamelonului. Cu toate că aceste leziuni fac parte din turburările lactaţiunei complicate, totuşi frecuenţa lor extremă şi rolul lor în infecţiunile mamare face că studiul lor se confundă cu acela al profilaxiei sânului. La unele femei cari alăptează, şi mai ales la primipare şi la cele cu pielea fină, sub influenţa mişcărilor de succiune repetate, epidermul mamelonului poate să prezinte pierderi de substanţă, crăpături (crevasses) cari în afară de dureri constitue atâtea porţi de intrare, prin care microbii, aduşi la suprafaţa mamelonului prin mâini, rufărie, gura copilului, etc., pot să infecteze interiorul glandei. Tratamentul lor e variabil şi fie-care autor are pe al său (1). Noi întrebuinţăm cu

---

(1) Tarnier (De l'Asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, 1894, p. 738, Paris) recomandă, îndată ce lăuza a fost transportată în patul său, o compresă imbibată cu o soluţie de sublimat 0,20 la 1000, acoperită cu o bucată de taffetas gommé şi totul menţinut în loc printr'un bandaj de corp de tarlatan fixat cu ace de siguranţă.

Ori de câte ori mama voeşte să dea să sugă, ea retrage compresa şi spală apoi sânul cu un tampon de apă sterilizată sau boricată. După sugere ea spală din nou sânul pentru a-l debarasa de laptele care ar putea să rămâie ataşat, apoi pansamentul este restabilit. Când sublimatul astfel întrebuinţat produce hidrargirie (cea ce se pote întâmpla une-ori la femeile cu pielea fină şi albă) se poate suprima acest pansament, şi după spălarea sânului înlocui cu un pansament boricat.

Pinard (citat de: Ribemont-Dessaignes şi Lepage, Précis d'Obstétrique, Paris) a adoptat pentru pansamentul sânului la femeile cari alăptează şi mai ales când sunt crăpături, amestecul următor:

Biiodură de mercur	0,10 centigr.
Iodură de potasium	Q. S.
Alcool	50 gr.
Apă sterilizată	450 gr.
Glycerină	500 gr.

Sub influenţa acestui pansament, mamelonul se cicatrizează mai repede. Trebue, pentru a se evita să se absoarbă mercurul de noul-născut, să se spele regiunea înainte de fie-ce sugere.

succes tinctura de iod, în atingeri superficiale 1—2 ori pe zi, precedate de anestezie stovainică (1 la 100), şi protecţiunea mamelonului sub un pansament umed, continuat până la vindecarea leziunilor.

Graţie asepsiei minuţioase şi mai ales a pansamentelor meticuloase ale mameloanelor, adevărat tratament profilactic al infecţiunilor mamare (limfangite, abcese) nu se mai observă azi aceste infecţiuni ale sânului atât de frecuente altă dată. Dacă cu toate aceste îngrijiri s'ar produce cea mai mică infecţiune se vor redubla îngrijirile aseptice; dacă e un început de limfangită se suspendă câte-va ore alăptarea de partea bolnavă făcând deasupra pansamentului puţină compresiune a sânului cu vată şi un bandaj.

II.

Tratamentul anomaliilor secreţiei mamare. Insuficienţa mamară şi galactogogii

Am văzut, studiind secreţiunea lactată din punct de vedere clinic (1), precum şi fiziologia lactaţiei la femeie (2), că numeroase cauze pot să modifice activitatea glandulară, diminuând, suprimând sau mărind secreţiunea mamară. Am arătat, pe de altă parte, că hipogalactia este una din complicaţiile cele mai frecuente ale lacta-

---

Lepage (Du pansement antiseptique du mamelon au début de l'allaitement, *Soc. de médecine publique et d'Hygiène professionnelle,* séance du 24 Janvier, 1894, Paris) a obţinut rezultate bune aplicând la nivelul mamelonului şi areolei o mică rondelă de tarlatan aseptic imbibat în amestecul următor:

Glycerină . . . . } P. E.
Liquoarea lui Van Swieten . . . }

Champetier de Ribes întrebuinţa la Maternitatea Hôtel-Dieu din Paris, ortoformul pulverizat sau în soluţie alcoolică saturată (badigeonage). In momentul sugerei se spală mamelonul cu apă călduţă sterilizată. După sugere se spală mamelonul cu soluţia formulată mai sus, în urmă se aplică pansamentul.

Marfan (Traité de l'Allaitement, p. 277, Paris) recomandă topicul următor:

Tinctură de benjoin	12 gr.
Apă de roze	40 gr.
Glycerină	20 gr.
Borat de sodiu	8 gr.

După sugere, mamelonul este spălat şi şters cu vată conservată după fierbere în apă fiartă. In urmă se imbibă o mică compresă de tarlatan în acest amestec şi se aplică în permanenţă pe mamelon, acoperit de taffetas gommé.

(1) Constantin Daniel, Studiu clinic asupra lactaţiunei (Revista Ştinţelor Medicale, No. 1—2, Ianuarie—Februarie, 1909, Bucureşti).

(2) C. Daniel, Lactaţia la femeie (Ibid. No. 9-10, Septembre-Octombre, 1908)

ţiunei, pe când hypergalactia este cu totul excepţională. Cât despre agalactia absolută, acesta nu există la femeia normală.

In cazurile de *galactoree*, când scurgerea spontanată a laptelui jenează prin cantitatea sa excesivă, s'a consiliat pentru a se opri secreţia mamară, *compresiunea sânurilor*, *purgativele*, *diureticile*. Insă aceste diferite mijloace au fost încercate fără succes. Când se constată turburări la mamă sau la copil, cel mai bine este, zice Marfan, să se înceteze adăptarea.

Din contra, în cazurile de *hipogalactie* intervenţia medicului aduce foloase reale, căci recurgând la diferite mijloace de regim, de tratament medicamentos sau fizic, el provoacă sau măreşte secreţia lactată, permiţând astfel copilului a se alimenta la sânul mamei sale.

Insuficienţa secreţiei mamare se poate observa din primele zile sau la o perioadă mai înaintată a lactaţiunei. Pentru a remedia la acest rău, se va cerceta şi trata mai întâi cauzele sale, apoi se va prescrie un tratament higienic şi medicamentos special. In afară de alimentaţie, de tratamentul fizic, mai avem numeroase produse farmaceutice cari au proprietatea de a modifica şi a mări debitul secreţiei lactate, şi cari sunt denumite: *galactogogi* (1).

a) *Higienă. Supraveghiarea succiunei. Alimentaţia.*—In primele zile, când e vorba de o simplă întârziere a afluxului lăptos, se va excita secreţia lactată prin punerea repetată la sân a copilului. In adevăr, numai excitaţia mamelonului prin succiune la intervale apropiate este cel mai bun stimulant al funcţiunei mamare (2). In caz de debilitate a copilului se poate să se excite secreţiunea prin presiune manuală sau prin aspiraţii cu teterele sau chiar făcând să sugă un alt copil viguros. In fine, când cu toate aceste mijloace se constată că greutatea corpului copilului rămâne tot-d'auna inferioară la 15 gr. pe zi, se poate recurge, *numai în hipogalactia tardivă*, la alăptarea mixtă, complectând alăptarea insuficientă cu lapte de vacă sterilizat. *Trebuie pe cât se poate a se evita*

---

(1) A se consulta: Nordmann, Des moyes d'augmenter le lait chez les accouchées (Bull. général de thérapeutique, 8 avril, 1904, Paris. — L. Bouchacourt, Etude critique des différents procédés et substances galactogogues (Revue d'hygiène et de médecine infantiles, No. 5 et 6, p. 485, 1907, Paris) (et Soc. Méd. de l'Elysée, 1-r juin, 1908, et Journal de Physiothérapie, p. 479, 1908).

(2) Se ştie că la animalele mascule, la virgine, la femeile bătrâne, secreţia lactată a putut fi stabilită sub influenţa sugerilor repetate ale mamelonului.

alăptarea mixtă în primele zile, căci ea poate întârzia afluxul lăptos (Lepage).

Alimentaţie. Dar în afară de succiune, se va supraveghia şi regimul alimentar al mamei, şi condiţiile sale higienice (starea generală, modul de viaţă, etc.) Alimentaţia are o mare influenţă asupra galactopoiezei. O doică trebue să mănânce mai mult de cât o femee care nu alăptează, de oare-ce trebue să fabrice lapte. *Alimentaţia sa va fi substanţială şi suficientă.* Doica trebue să mănânce destul iar nu prea mult.

In ceea-ce priveşte calitatea alimentelor, ea va urma o *alimentaţie mixtă;* mama poate mânca de toate, dar nu va lua de cât alimente sănătoase, variate şi în cantitate suficiente. Totuşi, în regimul femeei care alăptează, *se va reduce carnea şi se va mări făinoasele* (Constantin Paul). Regimul hydrocarbonat, mărind notabil untul şi lactoza, înţelegem bine că vegetalele trebue să joace rolul principal în alimentaţia doicelor. Aşa se mai ştie că feculentele, legumele zaharate şi cele bogate în materii grase, măresc secreţia lactată. Printre feculente: *lintea* se bucură de o excelentă reputaţie (Desormeaux, Cazeaux); apoi: *mazărea, fasolea, cartofii,* trebue să vie foarte des în regimul doicei (Comby).

Se mai consideră ca galactogogi şi alte legume ca: morcovii, sfecla, ţelina, spanacul, lăptuca, castanele. *Se va interzice printre legume:* usturoiul, ceapa, ardeiul, prazul, sparanghelul, pentru că conţin unele substanţe cari se elimină prin lapte; de asemenea: varza, conopida, macrişul, tomatele şi în general legumele verzi.

Cât despre alimentele de origină *animală,* valoarea lor e încă discutată, dar toată lumea e azi de acord a considera *carnea ca un inimic al laptelui.* Bine înţeles că *se va evita* din regimul alimentar al doicelor: crustaceele, conservele de carne, vânatul.

Băutura. Aceasta trebue dată în abundenţă pentru a produce cantitatea de lichid necesar secreţiei lactate. Se va permite: *apa, laptele, vinul, berea,* în cantităţi moderate. Laptele în special „nu goneşte laptele“ cum o zice o prejudecată populară; el posedă, din contră, o valoare lactogenă confirmată de numereose observaţii (1).

---

(1) Vilderman. (Archives de méd. de enfants, 1901, p. 390) la mai multe doici din clasa săracă a văzut, dându-le un supliment de 1 — 1 $^1/_2$ litru de lapte pe zi, mărindu-se notabil lactaţiunea.

La doicile din Montevideo, întrebuinţate la copiii găsiţi, D-rul Morquia, (Valeur de l'examen du lait, Archives de méd. de enfants, août, 1909, Paris) pentru

Cantitatea de lichid, permisă la fie-ce masă, va fi de $^1/_2$ litru. In cursul zilei (mai ales că doicile au mai multă sete de cât de ordinar) ele vor bea apă simplă, ori îndulcită cu siropuri de fructe, lapte, bere, în cantitate de $^1/_2$ — 1 litru maximum. *Se vor interzice băuturile excitante* ca: cafea, ceai, spirtoase (alcool, esenţe).

Regimul şi raţia alimentară a unei femei care alăptează se poate rezuma în tabloul următor: (1).

Natura alimentelor		Cantitatea zilnică (împărţită în 3 — 4 dejunuri)
Carne sau peşte		250 grame
Legume	uscate	500 —
	verzi	250 —
Paste alimentare (cu ouă, pesmet, lapte)		100 —
Lapte, unt, brânzeturi		1000 —
Fructe crude sau coapte. Desert		100 —
Pâine		500 —
Băuturi	Fără alcool	1000 —
	Bere slabă (4° — 5°) sau vin cu apă	500 —

Substanţe medicamentoase. Femeia care alăptează, precum şi doica mercenară, nu va lua medicamente de cât *când e necesitate*

---

a le face să dea sânul la 2 sau 3 sugaci în acelaş timp, le atribue o raţie zilnică de lapte care merge până la 2400 gr. Aceste doici, cari dau uneori zilnic până la 2000 gr. lapte, primesc o raţie alimentară medie de:

Carne	553 gr.	Pâine	428 gr.
Legume	285 „	Fidea	143 „
Orez	90 „	Cafea	20 „
Lapte	2400 „	Vin	357 „

(1) După Bouchacourt, regimul raţional mediu al doicelor, în 24 ore, pare a fi următorul, împărţit în 4 dejunuri:

Pâine	400 gr.
Carne (numai la dejun) sau peşte foarte proaspăt, sau peşte cu unt (sardele, thon, etc.), sau ouă	250 „
Legume seci (linte, bumbac, orz, porumb, fasole, mazăre măcinată, ovăz, orez, bob, etc.), cartofi, ţelină, salsifis, morcovi, sfeclă	500 „
Legume verzi (cicoare, lăptuci, endives, saladă fiartă, fasole verde, mazăre	300 „
Paste alimentare (fidea, macaroane etc.)	100 „
Fructe crude şi mai ales coapte, dulceţuri, entremets zaharate	100 „
Lapte, brânză, unt	1500 „
Băuturi — La masă: bere puţin alcoolizată (4°—5°) sau cidru slab	1000 „
Băuturi — In interval: apă sau băutnri higienice, fără alcool	1000 „

absolută. Ele vor fi prescrise de medic în doze mici și fracționate. Se știe că dintre medicamentele uzuale: *arsenicul, iodul, mercurul, bromura, ferul*, printre produsele minerale; *opiul, beladona, rubarba*, printre cele vegetale, se eliminează prin lapte. Altele ca *atropina, cloralul,* diminuează secreția laptelui.

b) Medicamente — Remediile reputate galactogene n'au de cât o acțiune relativă, și eficacitatea lor în insuficiența mamară nu e încă pe deplin dovedită (1). Unele din aceste substanțe sunt de origină minerală, altele vegetale sau animale (2). Galactogogii minerali și animaili sunt puțin numeroși; cei vegetali sunt cei mai întrebuințați și printre ei: *galega* și *tasi* ocupă locul de frunte. Extractul de galega e cel mai uzitat, și grație proprietăților sale lactogene ar produce o ameliorare calitativă și cantitativă a secreției lactate (Carron de la Carrière). Foarte solubil în apă, el se poate încorpora în vinuri și siropuri medicamentoase, sau se poate administra sub formă de infusiune, tinctură sau pilule (1—4 gr. pe zi, în fracţiuni de 0,50 centig.) (1). De aproape un an întrebuinţăm în clientela privată în cursul fibroamelor, hiperplasiilor uterine şi dismenorei, *extractul de glandă mamară*. In mod empiric am administrat opoterapia mamară şi la femeie în lactaţie şi am obţinut rezultatele cele mai satisfăcătoare (2).

---

(1) A se consulta: Grinievitch, De l'allaitement naturel considéré surtant au point de vue des galactogogues (Thèse de Paris, 1891 — 1892).

(2) Iată câte-va substanțe reputate galactogene.

a) **Produse chimice.** Acestea sunt puțin numeroase. Voi cita câte-va săruri ca: *chlorurul de sodiu*, *chloratul de potasiu* (Harkin) în doze de 3 — 4 gr. pe zi; *creta preparată, magnesia calcinată, fosfatul de calce, ferul, salicilatul de sodiu. Digitala, cafeina, strichnina, jaborandi. Maltoza* (R. Drew, Weitere Erfahrungen über den Einfluss, etc... Centralbl. f. inn. Med. 1898, 21 Ianuar, No. 3, p. 65) în doze de 12 — 16 gr. pe zi (3 — 4 lingurițe pe zi).

b) **Produse vegetale.** Galactogogele vegetale sunt foarte numeroase. In afară de *galega* și *tasi*, considerate ca cele mai bune acceleratoare ale galactopoiesei, mai cităm: extractul de *urzică*, pudra de *cumin, anis, fenoil* (1 — 5 gr. pe zi), *socul, poligala*, extractul de grăunte (Barlerin, Academie de méd. 20 mars 1906) și foile de *bumbac*. (După Anderson, negresele au obiceiul d'a lua o infusie de foi de bumbac, în doze de 6 — 8 foi în o ceașcă, 4 — 5 cești pe zi).

Unele din aceste medicamente se prescriu sub formă de pudră (1 — 4 gr. pe zi), sau sub formă de infusie (30 la 1000). Urzica se prescrie de preferință sub formă: *a)* de *tinctură* (Extract de urzică: 200 gr., alcool la 60°: 1000 gr.; 2 — 4 lingurițe de cafea pe zi), *b)* sau de *sirop* (extract de urzică: 200 gr., Sirop simplu: 1000 gr., 4 — 5 lingurițe de cafea pe zi).

c) **Producte animale.** Printre acestea putem cita: *somatosa* (extract de carne care conține 80 la sută de albumose), care ar avea după Drews și Rénon (Bullet. Soc. Méd de Hopitaux, 1908, p. 65) o acțiune remarcabilă asupra glandelor mamare în lactație. Diverse producte opoterapice au fost preconizate pentru a mări secreția mamară ca: *corpul tiroid, glanda mamară, placenta* (Bouchacourt).

c) *Agenţii fisici.* — S'au preconizat numeroase metode de fisioterapie pentru a accelera secreţia mamare. Masagiul, electroterapia, hydroterapia, thermoterapia, au fost întrebuinţate ca galactogogi externi.

α. *Masoterapie.* S'a recomandat masagiul direct asupra sânurilor şi chiar masagiul pereţilor abdominali pentru a provoca sau a excita funcţia mamară (3). Masoterapia ar produce o congestie

---

(1) Printre preparaţiile de *galega officinalis* vom recomanda: tinctura, siropul şi pilulele.

a) **Tinctură**

Extract de galega	65	gr.
Alcool la 60°	1000	„

2 linguriţe de cafea pe zi

b) **Sirop galactogen**

Extract de galega	50	gr.
Sirop simplu	1000	„

4 linguri de supă pe zi

sau:

Extract apos de galega . . .	10	gr.
Chlorhydrophosfat de calciu .	10	„
Tinctură de fenoil	10	„
Sirop de zahăr	400	„
Esenţă de cumin	XV	gute

4 linguri de supă pe zi

c) **Pilule**

Extract de galega . . .	0,25	centigr.
Excipient	Q. S.	

p. 1 pil. 1—4 pilule pe zi.

Printre preparaţiile de *tasi* (morenia brachystephana), întrodus în terapeutică de Del Arca (din Buenos-Ayres), recomandăm infusia sau decocţia.

a) **Infusie:** Rădăcină de tasi 30 gr.
Apă ferbinte 200 „
A sx infuza, strecura. A se lua cu lingura de supă în 24 ore.

b) **Decocţie:** Fructe de tasi 40 gr.
Apă . . . . . 200 „
Să se fiarbă o oră. A se lua decoctul în 24 ore.

(2) Ca preparat, ne servim de *fermentul mamar* (fabricat de Coirre, Paris marca „Zévor“), care se vinde în comerţ sub formă de comprimate, care se dă în număr de: 4—8 în 24 ore, în puţină apă.

(3) Schein (din Budapesta) recomandă masagiul pereţilor abdominali ca un mijloc permiţând să mărească sscreţia lactată. Tecnica consistă în a masa fiecare zi timp de jumătate oră sau o oră, de jos în sus, adică mergând de la părţile genitale către sânuri. Autorul asociază asemenea masagiul abdominal cu al sânurilor. Pentru Schein, fisiologia acestui fel de masagiu este explicat prin relaţiunea ce există, prin intermediul vaselor pereţilor abdominali, între glandele mamare şi sângele provenind de la organele genitale.

După Schaeffer, masagiul *pereţilor abdominali şi al organelor abdominale*, ast-fel ca şi aplicaţiunea unui bandagiu, care să strângă tare pântecele, au o acţiune favorabilă directă sau indirectă asupra scurgerei lochiale şi secreţiunei laptelui.

foarte accentuată a glandei mamare favorizând galactopoieza și posedând o acțiune excito-secretorie care pare a fi foarte complexă. (Colombo, Célerier) (1). Technica sa se reduce în presiuni lejere, repetate timp de 3 — 4 minute zilnic, începând mai întâiu de periferie, apoi pe suprafața glandei mamare.

S'a mai recomandat fricțiunile cu alcoolat de lavandă, cu diferite alte aromatice, (oțet, alcool, etc.). Toate aceste mijloace par să lucreze excitând terminațiile nervoase și nutriția glandelor mamare.

β *Electroterapia.* Electricitatea posedă o acțiune galactogogă pe care o presimțim din experiențele clasice ale lui Ludwig și Claude-Bernard asupra coardei timpanului.

Electricitatea poate fi întrebuințată sub diferite forme: Franklinisare, Faradisare, înaltă frecuență.

Franklinisarea. „Efectele sale sunt complexe. Se produce mai întâi o acțiune generală: mărirea schimburilor nutritive, accelerarea pulsului și creșterea tensiunei vasculare. Apoi, o serie de efecte locule de ordine nervoasă, fenomene sensitive cari repercutându-se în centre produc reflexe variate și mai ales vaso-dilatație. Date fiind conexiunile cari există în mamelon între sistemul cerebro-spinal și marele simpatic, se înțelege că excitațiile electrice aplicate pe acest organ se traduc printr'o congestie activă a glandei. Electrisarea franklinică a unui singur sân, ajungând în unele cazuri a deștepta funcțiunea celei alte glande, poate în virtutea legei de simitrie reflexă (Pflüger), acțiunea sa asupra nervilor și centrelor nervoase nu pare îndoioasă“. (Revue de Pharmacologie médicale, No. 72, mars, 1909).

Faradisarea mamelelor (Aubert) sau *galvanisarea* (Jacobi) au fost de asemenea preconizate în contra insuficienței mamare.

Faradisarea, care e cea mai întrebuințată, este aplicată după technica lui Pierron (2). Se face 1 ședință pe zi, de 15—20 minute; 4—5 ședințe ajung în general, pentru a produce o mărire a secreției lactată. Cât despre acțiunea sa, ea e foarte complexă:

---

(1) Célerier (Thèse de Paris, 1903, p. 74 — 77).

(2) Pierron (in: Revue de Pharmacologie médicale, No. 77, mars, 1909) indică technica următoare. Polul negatif al bobinei legat la o placă de cupru este aplicat sub sân. Polul positif, terminat cu o mică bulă de cupru, este pus mai întâi în contact cu mamelonul, pentru a influența asupra orificilor canalelor galactofore, apoi este preumblat peste tot sânul de la centru la periferie. Pierron consiliază a se începe cu un curent slab și a se mări progresif intensitatea, evitându-se a se duce excitatorul spre axilă sau sub claviculă, pentru se a se evita ast-fel contracțiile marelui pectoral.

se pare că factorul principal este o congestie activă a glandei mamare sub influenţa excitaţiei nervilor vaso-motori.

D'Arsonvalizaţia pare de asemenea a avea bune efecte galactogoge. Ca medodă de electroterapie ea pare preferabilă celor alte, fiind mai puţin dureroasă, de o aplicare facilă, de o acţiune rapidă şi fără nici un pericol (1).

β. *Hydroterapie. Thermoterapie.* Ca şi în aplicaţiile sale pe cele alte regiuni, pe ţesuturi normale sau patologice, apa, la temperatura caldă sau rece, este capabilă să producă modificaţii circulatorii (fenomene congestive sau anemiante) şi fenomene reflexe asupra glandelor mamare.

„Prin acţiunea lor multiplă asupra circulaţiunei sanguine şi limfatice, asupra resorbţiunei, sensibilităţei, prin influenţa lor asupra microbilor şi inflamaţei, prin efectele sale resolutive, prin rolul lor asupra nutriţiei generale şi locale, frigul şi căldura, întrebuinţaţi la diferite grade, au o fisiologie terapeutică din cele mai complexe şi ca atare pot răspunde la indicaţii numeroase". (C. Daniel) (2).

Cât despre technica hidroterapiei, noi ne-am găsit mulţumiţi de loţiunile zilnice pe piept cu un şervet muiat în apă rece, după prima sugere de dimineaţă. De asemenea aplicaţiile locale de comprese calde (45°) o oră înainte de sugere (de 3 ori pe zi). Alţi autori ca Schroeder au preconizat băi reci numai pe torax, dar ele sunt puţin practice pentru a putea fi generalizate.

S'au mai recomandat cataplasmele de foi de ricin sau de mercurială (Bouchut), etc., de aplicaţie dificilă cari toate par a lucra producând congestia sânurilor şi mărind ast-fel secreţia lactată.

III.

Terapeutica mamelei la femeile cari nu alăptează. Micşorarea galactopoiesei şi medicaţia agalactică.

Când noua parturientă nu alăptează (pentru diferite motive) se recurge de obiceiu la câte-va mijloace terapeutice permiţând a se încetini sau a se opri secreţiunea lactată. De asemenea mai târziu, la înţărcarea copilului, după alăptare, se va recurge la diferite mijloace pentru a se opri definitif activitatea mamară. Aceste procedee sunt fisice, higienice, medicamentoase.

---

(1) Haret (în: Revue de Pharmacologie médicale, No. 72, mars, 1909).

(2) Const. Daniel. Incercări de termoterapie. Tratamentul prin frig şi căldură în ginecologie (Reviste de chirurgie, Martie, No. 3, 1908, Bucureşti).

a) Printre *agenții fisici, compresiunea sânurilor* este din cele mai întrebuințate și eficace. In primele 3 zile de la urcarea laptelui se va aplica 2 mari pansamente umede pe ambele sânuri, și se vor strânge cu un șervet solid. După 4 zile se vor schimba aceste pansamente înlocuindu-se cu vată simplă hidrofilă, și totul strâns cu un bandaj care va fi menținut 8—10 zile.

Când puseul mamar este foarte dureros cu reacțiune locală intensă, pansamentul umed se va repeta și schimba din 2 în 2 zile, bine strâns. In cazuri de aflux lăptos mai moderat, ne vom mulțumi chiar de simple pansamente uscate compresive; trei până la patru straturi de vată hidrofilă aplicată pe sânuri și acoperită de un strat gros de vată ordinară, sunt strânse cu ajutorul unui șervet solid. Acest bangaj va fi menținut 8—10 zile. In fine, la sfârșitul alăptărei, după înțărcare, sânul rămânând tare și sensibil se va da laptele înapoi cu 2 mari pansamente compresive cu vată, menținute câte 4—5 zile.

b) In acelaș timp se vor prescrie oare-cari *recomandațiuni higienice.* Se va pune, invers doicei, femeia la un regim uscat, antilăptos. Se va diminua rația alimentară și mai ales cantitatea băuturilor pe care le lua de obiceiu.

c) Ca terapeutică *medicamentoasă*, pe care femeile o va reclama în tot deauna, afară de unul sau două purgative saline și o tisană diuretică, se poate recomanda câte va medicamente reputate de a face să se oprească laptele *(agalactice).* La interior ca antilăptos se întrebuițează *camforul* (Hergot) în doză de 0,60 centigr. pe zi (în 3 cachete, timp de 3 zile), *antipirina* (Guibert) în doză de 2—3 grame pe zi (în cachete de 0.25 centigr., la fie-care 2 ore, timp de 5—6 zile). Se mai uzitează la exterior *alcoolul camforat* în loțiuni de 2—3 ori pe zi, pe ambele sânuri, și aplicațiunile pe mamele de preparate cu *cocaină* (1) sau de pomade diverse (2).

---

(1) Se pot practica badigeonage cu:

Chlorhydrat de cocaină	5 gr.
Apă distilată	50 gr.
Glycerină	50 gr.

Se face 5—6 aplicații pe zi cu pensula pe sânuri.

(2) Se mai usitează uncțiuni cu pomada lui Guéneau de Mussy:

Chlorhydrat de Amoniac Extract de ciguë	aa. 4 gr.
Camfor	1 gr.
Grăsime	30 gr.

A se face fricțiuni de 2 ori pe zi pe cele 2 mamele.

Dar mă grăbesc a spune că toate aceste medicamente antilăptoase nu sunt de cât ilusorii în majoritatea cazurilor. La femeile cari nu alăptează, secreţia încetează de obiceiu în mod natural sub influenţa simplei compresiuni. Une-ori, chiar în urma compresiunei sunt femei la cari se găsesc câte-va gute de lapte în sânuri, mai multe săptămâni, mai multe luni şi chiar mai mulţi ani după ce au încetat de a alăpta. In fine, în cazuri excepţionale, s'a văzut persistând o adevărată galactoree la doici mult timp după ce au înţercat (Tarnier şi Chantreuil).

Date fiind proprietăţile multiple ale epitelului mamar în cursul funcţiunei sale lactare, rolul său eliminator şi activitatea circulatorie intensă care se petrece în interiorul mamelei, tot geniul terapeutic trebuie să aibă drept scop în a se prescrie femeei alăptătoare un regim galactogen apropriat, în a favoriza lactopoieza insuficientă prin diferiţi galactogogi, sau în a diminua secreţia mamară la femeile care nu alăptează prin diversele medicaţii antilăptoase. In a preserva pe femei de anumite substanţe şi medicamente vătămătoare capabile de a se elimina prin mamelă, în fine în a apiica la sân toată practica aseptică preservând glanda de infecţiile exterioare. Numai ast-fel mamela va poseda o funcţiune glandulară ideală, secretând un lichid alimentar de cantitate şi în cantitate suficientă pentru a permite în timpul vieţei extra-uterine continuarea raporturilor de nutriţie ce existau între mamă şi fetus în timpul vieţei intra-uterine.

CERCETĂRI ORIGINALE

Profesor Dr. AL. OBREGIA şi Dr. P. PITULESCU

Studiu clinico-istologic asupra simpaticului solar

în boalele mintale

[Urmare] (1)

Anatomia patologică a simpaticului solar la om

După descripţia sumară a anatomiei, fiziologiei şi istologiei normale, ne vom ocupa în acest capitol de anatomia patologică macro şi microscopică a plexului solar în diferite maladii mentale observate în ospiciul Mărcuţa.

In constatarea leziunilor microscopice ne-am servit de metodele: Nissl, V. Gieson cu haematoxilină, şi Bielchowsky.

Asupra leziunilor observabile prin metoda Nissl şi V. Gieson nu vom inzista prea mult, de oare-ce literatura medicală e plină de ast-fel de contribuţii aduse de diferiţi autori şi în special de Laignel-Lavastine.

Vom inzista însă cu multe amănunte asupra leziunilor neurofibrilare constatate prin metoda Bielchowsky, fiind prima lucrare în acest sens.

In descrierea leziunilor solare vom începe cu cazurile acute, apoi cele sub acute şi vom termina cu cele cronice.

I. — Infecţiile acute

Până în prezent studiul plexului solar în cursul infecţiilor supraacute şi acute s'a făcut numai pe cazuri simple, lipsite de alte infecţii anterioare sau în mod experimental pe animale sănătoase.

Infecţiile spontane la om, experimentale la animale, asupra cărora s'a experimentat, au fost sau localizate împrejurul plexului sau generalizate în tot organizmul.

---

(1) Vezi No. 7 „Revista Ştiinţelor Medicale“, 1909.

Din examenul pieselor anatomoclinice şi experimentale cercetătorii şi în special Laignel-Lavastine, de al cărui nume e legat acest capitol, au ajuns la următoarele concluzii:

Alteraţiile toxi-infecţioase ale ganglionilor solari intră în legile generale ale anatomiei patologice:

a) In formele acute leziunile sunt parenchimatoase şi degenerative; *b)* în formele mai lente leziunile sunt diapedetice şi nodulare şi *c)* în formele cronice leziunile sunt scleroase.

In rezumat deci plexul solar prezintă reacţii anatomopatologice care sunt în raport direct cu intensitatea toxi-infecţiunei şi rapiditatea evoluţiei maladiei.

Nu tot ast-fel stau lucrurile în psichiatrie.

La origina multor psichoze, este ştiut, se găseşte o toxi-infecţie locală sau generală, care a putut să lase urme în alte ţesuturi sau organe şi ca atare şi în simpatic.

De şi nu mergem prea departe şi să admitem că o psichoză sau o nevroză s'ar putea instala la un timp oare-care după o toxi-infecţie cu repercuţie exclusivă numai asupra simpaticului, cu alte cuvinte să raportăm psichoza sau nevroza excusiv numai la o leziune simpatică solară. Suntem siguri însă că simpaticul ca şi alte organe participă cu leziuni în procesele toxi-infecţioase, generalizate iar reacţiile sale urmează în aceleaşi condiţii, aceleaşi legi ale patologiei generale, ca şi celelalte organe.

Prin urmare dese-ori când zicem o toxi-infecţie acută la un psichopat se înţelege o toxi-infecţie nouă peste una veche, care a lăsat urme în majoritatea organelor şi căreia poate chiar psichopatia să-şi datorească existenţa.

Din acest punct de vedere în cazurile de psichopatie, în care, toxi-infecţiunea primitivă, sau de la origină, a putut să lase urme, vicii, aşa de bine asupra simpaticului ca şi asupra altor organe — dificultatea este destul de mare de a izola, în câmpul microscopului, care leziuni aparţin acelei prime toxi-infecţii şi care aparţin celei de a doua, care este totdeodată şi cauza morţei.

Pentru aceste considerente, cum se va vedea mai la vale, din naraţia faptelor, rezultatele obţinute pe cale experimentală nu pot fi identificate cu cele găsite, în aceleaşi împrejurări la psichopaţi.

Observaţia I. — *A. J.* de 20 ani; descendent de tuberculoşi şi alcolici şi cu ereditatea nervoasă încărcată.

Pacientul a suferit de paludism.

Diagnosticul: *Demenţă precoce simplă* de ani de zile.

Istoricul maladiei. Din copilărie pacientul s'a arătat fără aptitudini la or-ce lucru care necesita un travaliu intelectual; iubea singurătatea, fugea de societatea băeţilor de vârsta lui. Treptat starea lui intelectuală a scăzut, pacientul a devenit apatic, indiferent, şi fără nici o tragere de inimă către vre-o ocupaţie. Tot timpul nu se depărta de acasă, unde stătea într'un mutism complect. Nu vorbea nimic, răspundea întârziat când era întrebat. Nu arăta semne de iubire sau devotament pentru părinţii şi fraţii lui. Mânca de multe ori forţat. Dormea bine nu fugea de acasă şi nu avea atacuri epileptice. Când era prins de friguri avea delir mare, iar după acces intra în stare somnolentă. In cele din urmă devenise atât de slab fiziceşte şi a scăzut intelectual în cât n'a fost bun nici pentru serviciul militar.

In ultimul timp a avut câte-va impulsiuni violente şi a săvârşit un viol asupra unei fete de 13 ani, cea-ce a determinat internarea lui în ospiciu.

La intrare (27/VIII 1907) pacientul se prezintă: de constituţie debilă, cu ţesutul grăsos şi musculos foarte redus şi cu tegumentele galbene teroase. Craniul şi faţa au numeroase semne de degenerescenţă fizică. N'are tremurături în limbă; are însă fine în degetele de la mâini. Din partea organelor prezintă: un suflu extracardiac, anemic, la pulmonară; splina mare, făcând relief sub falsele coaste; ficatul mare şi puţin sensibil la palpare. Testiculele mici. Reflexele tendinoase aproape normale şi sensibilitatea puţin întârziată. La examen s'a arătat foarte docil. Nu e comunicativ cu ceilalţi bolnavi. Nu ştie şi nu vrea să ştie unde se găseşte. Nu ştie anul în care ne găsim. Nu întreabă de părinţii lui, şi nu doreşte nimic. Voinţa e foarte slăbită, este foarte sugestibil. Facultăţile lui intelectuale foarte diminuate. N'are delir, n'are halucinaţii. Doarme bine.

La 1 Octombrie, pacientul are o stare gripală cu febră, face otită medie, se prind articulaţiile, şi în timp de cinci zile se complică cu o meningită supra-acută şi sucombă.

Necropsia. Dura mater foarte congestionată, Sub ea lichidul cefalo-rachidian turbure. Baza craniului, a creerului şi convexitatea lui sunt acoperite cu un strat fin purulent.

Dealungul vaselor şi scizurilor mari se constată infiltraţie purulentă foarte intensă. Din canalul rachidian se scurge lichid cefalo-rachidian purulent; de asemenea purulent este şi cel ventricular. Pia e foarte congestionată, substanţa cerebrală foarte iperemiată. Tipul circomvoluţiilor aproape normal. Cordul cu valvulele foarte injectate şi cu chiaguri aderente de marginea lor liberă. Pulmonii normali. Ficatul mult mărit de volum, puţin rezistent la secţiune, de culoare roşie închisă. Splina e foarte mărită de volum, cu capsula îngroşată, trabeculi foarte evidenţi. Pulpa splinei de culoare roşie închisă, şi de consistenţă moale difluentă. Rinichii sunt mari de volum, foarte congestionaţi, decorticabili uşor, cu substanţa corticală mărită de grosime. Exprimând papilele iese o picătură de urină purulentă. Urina în vezică cam roşcată şi turbure.

Ganglionii solari, par puţin măriţi de volum, de culoare albă roşie, foarte congestionaţi, şi de consistenţă puţin crescută.

Microscopia. (Nissl, V. Gieson). Invelişul fibros şi trabeculii conjonctivi sunt mult îngroşaţi şi infiltraţi cu elemente rotunde în mod difuz. Aceiaşi infiltraţie se observă şi-n jurul vaselor (pericapilarita) şi în jurul capsulelor pe care le maschează dând impresia că elementele ei sunt dezorientate, şi produc în acelaşi timp neurofagie. Sinusurile venoase sunt dilatate, iar lumenul lor e plin cu hematii, dese mononucleare şi polinucleare încărcate cu pigment care seamănă cu pigmentul melanic

Celulele nervoase prezintă în schimb un complex de leziuni a căror succesiune în timp e greu de determinat.

In câmpul microscopului se observă deodată două feluri de celule: *a)* unele mari globuloase, în număr mare, şi *b)* altele mai mici retractate puţin de capsulă.

a) Celulele mari globuloase se prezintă sub aspecte diferite: unele prezintă o acromatoză centrală aproape absolută care se întinde une-ori până la periferie lăsând de cele mai multe ori numai o bordură fină la periferia celulei.

Nucleul acestor celule este complect incolor situat aşa excentric în cât se pune în contact cu periferia celulei. Forma lui e rar ovoidă, mai des e deformat, reniform, prezentând în concavitatea, care priveşte spre centrul celulei un depozit de granulaţii fine care prin forma sa de semilună seamănă cu *ipopionul* din camera anterioară a ochiului.

Nucleolul este puţin mărit de volum, slab colorat, şi situat la unul din polii nucleului.

Imprejurul celulelor nervoase se observă proliferaţia celulelor capsulare printre care se observă deşi nuclei nevroglici.

b) Celulele medii şi mici se prezintă şi ele sub diferite aspecte, la unele substanţa acromatică este fin pulverizată, la altele deosebirea de normală nu e prea mare; totuşi la ambele corpul celulei pare puţin retractat, şi xantoplasma îşi face apariţia sub forma de granulaţii fine diseminate printre granulaţiile cromofile, sau ocupând o zonă periferică.

Nucleul la aproape toate aceste celule este central mai rar puţin excentric, mai totdeauna globulos şi clar mai rar puţin deformat.

Nucleolul pare puţin mărit de volum şi slab colorat.

In fine afară de aceste aspecte obişnuite am observat nişte forme de celule foarte curioase care ar arăta multiplicarea nucleului, (vezi fig. 10 şi 11) şi care constau în nişte celule foarte mari, 2—4 volumul normal, (gigante) al căror corp e ipercromatic şi are granulaţiile în formă de blocuri mari diseminate fără nici o ordine.

Nucleul e mare, diform, une-ori alungit alte ori rotund prezentând în ambele cazuri incizuri transversale dar incomplecte.

Din cauza mărimei lor aceste celule ar putea fi numite gigante. Existenţa lor ar fi explicabilă prin posibilitatea unei multiplicaţii active şi recente sub influenţa unei inflamaţii, care ar deştepta în ţesuturi proprietăţile foetale ale celulelor.

Leziunile reţelei fibrilare sunt foarte variate:

1. Celule mari reticulate:

a) La unele *fibrele* sunt *subţiri* şi *palide*, iar reţeaua mai ales la periferie are ochiurile lărgite.

b) La altele fibrele sunt *îngroşate*, dar par formate din *fibrile fine aglutinate*, şi circumscriu ochiuri largi aproape identice vacuolelor.

c) In fine la altele, reţeaua e aproape dispărută şi înlocuită sau cu fragmente de fibrile diseminate în masa protoplasmică sau fibrilele au suferit regresiunea granuloasă.

Neurofibrilele prelungirilor acestor celule urmează leziunile fibrilelor intracelulare, dar sunt în stare mai puţin înaintată.

2. In celulele mici reticulate alteraţiile reţelei sunt din cele mai profunde.

a) In unele fibrilele par îngroşate dar cu ochiurile reţelei largi ca vacuolele.

b) In altele fibrilele au suferit fragmentarea.

c) In altele regresiunea granuloasă.

d) Şi în fine în altele fibrilaţia lipseşte complect şi numeroase vacuole se observă în protoplasmă.

Fibrili prelungirilor protoplasmice sunt sau dezintegraţi granulos sau toată prelungirea a prins intens impregnaţia.

3. In celulele *tip seudofasciculat a)* sau reţeaua este extrem de fină şi palidă *b)* sau e dispărută şi înlocuită cu vacuole. Pseudofasciculaţia abia se observă la prima varietate însă constatabilă, numai la intrarea în prelungiri.

Dar afară de aceste celule, care se găsesc în mod normal în structura ganglionilor solari, prin procedeul Nissl am descris nişte celule *gigante* (fig. 10 şi 11) în care fibrilaţia e de tip reticulat şi se prezintă astfel:

Tot corpul celulei este intens impregnat. Pe fondul închis se distinge o reţea deasă formată, împrejurul nucleului din fire groase şi bine impregnate, care devin din ce în ce mai fine şi palide către periferia celulei. In prelungiri fibrilele par de aspect normal.

Ca *morfologie* a celulelor avem de adăogat că afară de formaţiile normale descrise de diferiţi autori am întâlnit dese *terminaţii în formă de bule, gheme reticulo-fibrilare* — ca cele arătate în fig. 5 şi 6.

Trecând în revistă leziunile descrise mai sus şi încercând a stabili o legătură între ele, ajungem la concluzia că aci nu e vorba de un proces unic şi continu, care să fi adus starea de leziuni actuale, ci peste unul vechi şi lent s'a adăogat unul recent care a denaturat leziunile primitive.

Leziunile observate cu Nissl, V. Gieson ca: îngroşarea ţesutului conjonctiv, cromatoliza totală, acromatoza, retracţia corpului, excentricitatea nucleului şi deformaţia lui, supraîncărcarea unor elemente cu xantoplasmă, cu toate că pacientul e abia de 20 ani, *arată că e vorba de leziuni primitive, vechi*, peste care a venit un proces nou cu: infiltrarea de elemente rotunde a ţesutului conjonctiv şi a capsulelor, tumefacţia celulelor nervoase, cromatoliza, dezintegrarea granuloasă a neurofibrililor şi degenerarea lor, care nu poate fi de cât acut şi recent.

Asupra naturei primului proces, primitiv, nu ne putem pronunţa cu siguranţă. Din antecedentele pacientului reiese că n'a suferit de nici o boală infecto-contagioasă gravă; a suferit însă mulţi ani de paludism, care a lăsat urme vădite în toate organele cu osebire în splină şi ficat. Poate că paludismului se datorează starea lui mintală şi leziunile din plexul solar, mai ales dacă ţinem seamă de pigmentul melanic, care abundă în vasele plexului.

Observaţia II. — *Hl. Zb.* de 27 ani, aparţine unei familii izraelite cu ereditate nervoasă încărcată. De copil a manifestat inaptitudine la lucru. A învăţat incomplect şcoala primară, abia scrie şi citeşte. N'a fost în stare să înveţe nici o meserie. Era supărăcios, şi se plângea că-l persecută stăpânii. Oprit acasă la început era nesupus, irascibil şi nu se împăca cu ceilalţi fraţi; apoi cu cât a înaintat în vârstă, a devenit foarte rezervat, sta retras, nu vorbea nimic, devenise apatic şi de o impresionabilitate aproape nulă. In cele din urmă a început să se masturbeze şi aceasta ori unde şi în faţa ori cui fără nici o jenă. Din când în când eşia din starea de indiferentism, de apatie, provoca scandal; în cele din urmă, pleca de acasă şi se înapoia murdar şi în dezordine; s'a infectat cu sifilis, etc.

La intrare (la 27 Ianuar 1900) pacientul se prezenta în următoarea stare: De talie potrivită dar mult debilitat. Craniul şi faţa cu numeroase semne de degenerescenţă. Coloana vertebrală deviată (scolioză). Pupilele egale miotice. Reflexele rotuliane normale.

Mersul normal. Mănâncă şi doarme bine. Ca stare psihică pacientul se găseşte mult inferiorizat. In salon stă liniştit, nu vorbeşte nimic, şi pare străin de ce-l înconjoară; e dezorientat în timp şi spaţiu. Nu exprimă nici o dorinţă. Sentimentele afective dispărute; de asemenea şi simţul pudoarei; se musturbează în faţa ori-cui. Nu cunoaşte pe nume personalul care-l îngrijeşte de multă vreme. Când e întrebat cu inzistenţă, abia atunci se capătă răspuns scurt, dar şi acesta mai totdeauna negativ sau contradictoriu.

Voinţă, iniţiativă, nu manifestă de la sine; se supune însă cu multă uşurinţă. N'are delir, nici halucinaţii. In multe din zile, ore întregi, ocupă aceiaşi poziţie, de obicei culcat în pat.

Timp de opt ani, starea lui a mers progresiv dar foarte încet spre demenţă. In Decembre 1907 îi apare o gomă tuberculoasă în regiunea cervicală subhioidiană, apoi face un flegmon sub aponevroza cervicală medie — care dă apoi o mediastinită anterioară, piemie şi sucombă.

Necropsia. Cadavrul emaciat, şi cu decubite.

Calota groasă şi cu diploele aparent. Dura mater îngroşată, pergamentată; Era de asemenea îngroşată uniform pe toată convexitatea, şi foarte infiltrată. Tipul circonvoluţiilor anormal, aspect microgiric. Vasele cerebrale, puţin noduroase, scleroase. Scoarţa puţin redusă de volum. Epiteliul ependimar ventricular fără granulaţii.

Mediastinul anterior ocupat de ganglioni cazeoşi — care înoată în puroi. In ambii pulmoni sunt mici caverne tuberculoase, şi în ambele pleure câte puţin lichid serofibrinos. Cordul normal. Aorta cu câte-va plăci de aterom.

In peritoneu e puţin lichid seropurulent. Pe capsula ficatului şi splinei se observă neomembrane recente, care se detaşează uşor. Ficatul mare şi în stare de degenerescenţă granulogrăsoasă. Splină enormă 1110 grame, cu perisplenită; pulpa e moale difluentă. Rinichi mai mari ca normali palizi, fără deosebire evidentă între stratul cortical şi mădular. Intestinele congestionate.

Ganglioni solari par mai mici ca normal, dar de culoare albă roşie intens, din cauza congestiei în care se găsesc.

Leziunile observate cu Nissl pot fi rezumate în cromatoliză înaintată până la acromatoză.

Nucleul aproape la toate este excentric şi deformat. Sunt totuşi de şi rare celulele care contrastează ca structură cu cele precedente apropiindu-se de aspectul celulelor normale.

Se observă dese celule cu supraîncărcare de Xanptoplasmă.

Invelişul fibros şi trabeculii conjonctivi sunt ipertrofiaţi dar în acelaşi timp mult infiltraţi cu elemente rotunde.

Neurofibrilii sunt profund alteraţi, dar aspectul leziunilor diferă de la o celulă la alta.

a) Celulele *mari tip reticulat*, au corpul uniform și intens impregnat, aproape negru. Pe acest fond se distinge o rețea mai densă împrejurul nucleului, mai largă la periferie, formată din fibrile primare grosolane neregulate, dar ale căror trabeculi au suferit în mare parte dezintegrarea granuloasă. Prelungirile celulare, scurte și lungi, sunt bine impregnate, grosolane, tumefiate, având unele din ele un aspect aproape varicos. In interiorul lor se observă fibrili reduși ca număr dar îngroșați neregulat.

b) Celulele de aspect *pseudofasciculat* prezintă leziuni aproape identice celor precedente. Pe fondul impregnat al celulei se observă fasciile de fibrile reduse în număr însă grosolane. Rețeaua perinucleară în majoritatea elementelor a suferit regresiunea granuloasă; — însă cu cât înaintăm spre prelungiri pseudo-fasciculația devine din ce în ce mai evidentă dar formată din fibrile rarefiate.

c) Celulele mici de tip reticulat, au corpul mic ocupat de o masă pulverulentă fină, în care nu se mai distinge nici o urmă de reticulație și retractat de capsulă. Prelungirile acestor celule în majoritate par separate de corpul protoplasmic; ele apar numai în grosimea dar mai ales în afara capsulei — și sunt intens impregnate și fără urme de fibrilație.

Dintre formațiile normale de fibre se întâlnesc dese bule piriforme ale lui Cajal, rare terminații în formă de buton clar sau inel — și relativ dese gheme reticulofibrilare (vezi fig. 5 și 6).

Neoformații nu se găsesc de cât începuturi de plexuri pericelulare împrejurul celulelor mici reticulate, care sunt profund lezate.

Afară de aceasta într'o secțiune am întâlnit o celulă mare de tip reticulat cu prelungiri scurte și lungi, de aspect zdrențuit, identică celulelor tip deșirat al lui Cajal (din spinali).

Rezumând leziunile de mai sus reținem, iperplazia țesutului conjunctiv, invazia lui cu elemente rotunde (noduli infecțioși și pericapilarita), cromatoliza înaintată, supraîncărcarea cu pigment, îngroșarea unor fibrile, regresiunea granuloasă a altora până la dispariția rețelei complect și vacuolizarea protoplasmei, etc. care reprezintă un amestec de leziuni acute și cronice, care cadrează cu evoluția a două procese toxi infecțioase: unul vechi, cronic și lent și altul acut, recent, survenit peste cel d'intâi, și care a adus exitul laetal.

* * *

Din analiza sumară a leziunilor atât de complexe ale ganglionilor solari aparținând acestor două cazuri de demență precoce simplă cu evoluție destul de lungă, peste care a survenit în urmă o infecție extrem de gravă, reiese că în câmpul microscopului e greu de stabilit căruia din cele două procese toxice: cronic sau acut, se datoresc leziunile descrise mai sus; și în special e mai greu să fixăm căruia din cele două procese aparțin anume leziuni.

Afară de leziunile grosolane ca: iperplazia țesutului conjonctiv, îngroşarea pereţilor vaselor, diminuarea de volum a unor celule cu retractarea lor de capsulă, cromatoliza, supraîncărcarea cu xantoplasmă, subţierea reţelei fibrilare, fragmentarea trabeculilor fibrelor cu lărgirea ochiurilor reticulului şi vacuolizarea protoplasmei, *care ţin de un proces cronic;* afară de infiltraţia ganglionului cu elemente rotunde, creşterea volumului celulelor şi cromatoliza lor, excentricitatea şi deformaţia nucleului; îngroşarea, fragmentarea şi dezintegrarea granuloasă a fibrilelor până la dispariţia lor complectă, *care ţin de un proces acut*, restul de leziuni intermediare acestor două forme, şi în special amestecul leziunilor de mai sus în aceiaşi celulă, fac dificilă interpretarea mecanismului destructiv al celulei simpatice, în aceste două cazuri, din care cauză nu putem trage concluzii definitive şi sigure.

II. — Paralizia generală

După aceste cazuri acute, în lipsă de altele mai demonstrative, rânduim cazurile de paralizie generală cu mers acut, ca forme de tranziţie între cazurile precedente, cu leziuni acute, şi între formele de lungă evoluţie de: paralizie generală, demenţă precoce, pelagră, etc. cu leziuni cronice.

Inainte de a relata cazurile împreună cu leziunile, care le însoţesc, trecem în revistă părerile autorilor care s'au ocupat cu studiul simpaticului în paralizia generală, studiu, care, de alt-fel este de dată destul de veche, şi dovedeşte că cercetătorii s'au gândit să precizeze cărei părţi din sistemul nervos periferic îi aparţin multe din turburările, care o însoţesc.

Incă din 1868. Bonnet şi Poincaré s'au gândit la existenţa de leziuni ale simpaticului în paralizia generală, şi din cercetările lor au ajuns la concluzia că: *în simpatic există alteraţii importante* ca: degenerescenţa pigmentară, supra abundenţa de ţesut celular şi înlocuirea elementului nobil cu grăsime, cărora le atribue o valoare prea mare, căci autorii văd în alteraţia simpaticului „primum movens" al maladiei, şi în paralizia generală un final (aboutissant) al patologiei simpaticului.

Voisin în 1879, confirmă, în tratatul său de patologie mintală (pag. 456), părerile lui Bonnet şi Poincaré.

De la această epocă până la descoperirea şi aplicarea nouilor metode istologice, studiul alteraţiilor simpatice în paralizia generală a fost delăsat.

Noera (1898) dete la lumină un memoriu asupra leziunilor din sistemul simpatic în paralizia generală.

Tolatschinow (în 1900), studie prin metoda Nissl ganglionul Gasser a 15 paralitici generali, şi găsi că acest ganglion este foarte des interesat în această afecţiune.

Marina, într'o lucrare de mare interes, apărută în 1901, examinând ganglionii ciliari, ganglionii Gasser şi ganglioni cervicali la 53 paralitici generali a găsit, în $^{1}/_{5}$ din cazuri în ganglionul Gasser şi cervical, leziuni atrofice proporţionale cu intensitatea şi vârsta maladiei; în ganglionul ciliar din contră a găsit leziuni constante în celulele nervoase la bolnavi, care au avut turburări pupilare.

Cu Laignel-Lavastine se începe seria recentă de lucrări asupra plexului solar în paralizia generală. In teza sa de doctorat şi într'o comunicare la Congresul al XIII-lea de psichiatrie din Bruxelles, autorul raportează examenul ganglionilor solari la 10 paralizii generale şi conchide că aspectul leziunilor nu e uniform la toate cazurile. Leziunile fibrelor sunt foarte frecuente şi explicabile prin asociaţia frecuentă a tabesului cu paralizia generală. Leziunile interstiţiale tind la scleroză care este în raport cu vârsta pacientului şi cu o evoluţie relativ lungă a maladiei. Variabilitatea mare în aspectul leziunilor celulelor nervoase s'ar explica prin: durata evoluţiei, asociaţiile morbide, şi accidentele terminale. A.... conchide în fine că atrofia elementului nobil e secondară sclerozei care şi ea succedă inflamaţiei ţesutului conjonctiv.

Cea mai recentă lucrare şi totdeodată cea care pune chestiunea pe adevăratul ei teren este a lui Cazeneuve (Teză din Bordeaux) în care conchide că:

1. Marele simpatic participă în mod însemnat la leziunile difuze ale paraliziei generale; 2. Că procesul inflamator paralitic atacă deodată toate elementele constitutive ale ganglionului, la care fie-care din ele reacţionează în felul său:

a) Invelişul fibros, trabeculi conjonctivi, vasele şi capsulele reacţionează după legea elementelor mezodermice; *b)* celula nervoasă simpatică reacţionează degenerând sub influenţe multiple şi combinate ale intoxicaţiei, ale turburărilor circulătoare şi a năvălirei conjonctive progresive.

Dar, afară de acestea, aspectul şi varietatea acestor leziuni mai sunt subordonate şi la durata de acţiune a toxinei patogene şi la evoluţia maladiei.

In formele rapide de paralizie generală, reacţia parenchimatoasă e violentă; ea se traduce prin alteraţia inflamatoare care determină dezintegraţia acută mortală a celulelor simpatice şi prin o reacţie interstiţială care se manifestă prin proliferaţia conjonctivă şi năvălirea ganglionului cu numeroase celule rotunde în diapedeză.

In formele cronice de paralizie generală leziunile celulelor nervoase sunt degenerative şi atrofice, tinzând încet către degenerescenţa pigmentară; leziunile interstiţiale tind către scleroza adultă a ganglionului.

Dar această lucrare mai are marele merit că A . . . se încearcă să stabilească o nouă formă de p. g-lă aşa zisă cu „debutul simpatic", în care turburările viscerale ar apărea înaintea turburărilor encefalice şi ar ţine de localizarea primitivă, pe simpatic, a procesului inflamator paralitic. Aceste turburări viscerale ar produce în definitiv insuficienţa tutulor organelor şi ar adăoga, alte intoxicări progresive, la infecţia primă cauză a paraliziei generale.

Alte lucrări nu există, cel puţin la cunoştinţa noastră, în care să se stabilească rolul simpaticului în p. generală. Chestiunea e abia îndrumată şi n'avem pretenţia de a o rezolvi, dar aducem o mică contribuţie asupra leziunilor din celulele plexului solar, în cea ce priveşte starea reţelei fibrilare, de care n'a fost vorba în nici o lucrare până în prezent.

Vom începe cu formele de paralizie generală cu evoluţie rapidă şi apoi vom trece la cele cu evoluţie cronică.

Paralizia generală cu evoluţie acută

Observaţia I. — *Cl. Th.* de 38 ani, sifilitic şi alcoolic, bolnav de o lună, internat la 20/VI, 1907, când prezenta: pupilele inegale, vorbirea dizartrică, tremurături în limbă, reflexele exagerate şi într'o stare de agitaţie psichomotorie gravă, cu idei de grandoare.

Citodiagnosticul pozitiv.

La opt ore după internare sucombă în urma unui atac congestiv.

Necropsia. Meningo-encefalită cronică difuză; œdem al piei; infiltraţie lactee dealungul vaselor; ulceraţii corticale la decorticare; granulaţii ependimare; congestie meningeală şi iperemie a substanţei cerebrale.

Pulmoni intens congestionaţi dar fără alte leziuni apreciabile.

Cordul mărit de volum are pe pericardul visceral plăci lăptoase.

Ficatul mare, congestionat, friabil, de aspect granulogrăsos. Splina dublată de volum şi are pulpa moale difluentă. Rinichiul drept e mărit de volum dar congestionat şi decorticabil; cel stâng e mic, atrofic şi cu capsula aderentă. Mucoasa stomacului şi intestinelor e foarte iperemiată şi se detaşează în lambouri. Vezica goală.

Ganglioni Solari sunt măriţi de volum (cel din stânga mai mult ca cel din dreapta) de culoare albă roşietică şi de consistenţă normală sau puţin înmuiaţi.

Microscopia. Nissl. Învelişul fibros şi tesutul interstiţial nu pare îngroşat dar este în schimb foarte infiltrat cu elemente rotunde, care formează noduli infecţioşi (fig. 12). Vasele au pereţii îngroşaţi şi cu adventiţia infiltrată; lumenul lor e ocupat cu ematii şi leucocite mononucleare şi polinucleare.

Capilarele secţionate transversal apar, din cauza pericapilaritei, ca nişte noduli de elemente rotunde amestecate cu nuclei alungiţi.

Capsulele au nuclei dezorientaţi şi amestecaţi cu elemente rotunde realizând figuri complexe de neurofagie.

Celulele nervoase în majoritatea lor în special cele mari, medii şi foarte rare din cele mici, par mărite de volum, globuloase sau ovalare şi ipocromatice până la acromatoză; restul, format de celule mici sunt de aspect normal sau ipercromatice chiar.

Cea ce e de remarcat e că aproape toate celulele care sunt ipertrofiate şi'n stare de cromatoliză, sunt supra încărcate cu pigment. Dar pigment se mai găseşte şi'n celulele mici de aspect normal sau chiar ipercromatice.

Cromatoliza e aproape totală în celulele mari: mai des periferică în celulele medii, iar în celulele mici sau e totală până la claritatea corpului celulei sau par normale şi une ori chiar ipercromatice.

Nucleul în majoritatea celulelor este excentric şi mai mult sau mai puţin deformat. Nucleolul pare puţin mărit de volum slab, colorat şi excentric.

In ţesutul conjonctiv printre capsulele endoteliale se observă un număr destu de mare de celule plasmatice formate dintr'un nucleu mic incolor înconjurat cu granulaţii metacromatice în număr extraordinar de mare cea ce le dă un volum îndoit şi întreit ca normal, — această creştere în volum se observă în special la celulele plasmatice din vecinătatea celulelor nervoase profund lezate şi supra încărcate cu xantoplasmă (fig. 13).

Aspectul reţelei fibrilare (Bielchowsky) variază foarte mult.

1. In *celulele mari* sunt:

a) Unele care au reţea fibrilară destul de evidentă însă fibrilii primari sunt îngroşaţi iar trabeculii lor în mare parte regresaţi, granuloşi.

b) Altele, în special cele cu prelungiri voluminoase prezintă o stare de *fragmentare* a fibrililor reţelei în bastonaşe de diferite lungimi şi grosimi. Aceste fragmente sau sunt libere şi amestecate în corpul celulei, sau se apropie, se coaglutinează între ele şi constitue blocuri împrejurul nucleului sau bastoane neregulate ori fire care se aşează la periferia celulei în straturi concentrice. De obicei aceste conglomerate filiforme se depun la periferia celulei în intervalul dintre prelungiri şi foarte rar chiar la intrarea prelungirilor. Vezi fig. No. 14.

Tot în aceste celule se constată la nivelul de unde pleacă prelungirile, cum fibrilele lor se îngroaşă cu cât înaintează în corpul celulei spre nucleu şi după un traiect relativ scurt dispar brusc. Observate mai de aproape aceste fibrile îngroşate, fac impresia că ar fi constituite din fibrile, care vin din prelungiri spre corpul celulei, pe care s'a alipit, s'a depus fragmentele fine provenite din fragmentarea reţelei citoplasmice. In cazul când fragmentele de fibrile sunt depuse la periferia celulei, centrul ei este ocupat de granulaţii de fineţă şi coloraţie foarte diferită cea ce-i dă un aspect noros. Prelungirile au fibrilele îngroşate.

c) In fine în alte celule mari reţeaua fibrilară e complect dispărută iar în corpul celulei se găsesc diseminate granulaţii fine. Fibrilii prelungirilor par diminuaţi ca număr îngroşaţi, însă în părţile vecine celulei sunt dezintegraţi granulos.

2. Celulele *medii*, reticulate, au partea periferică a reţelei sau rărită, sau transformată granulos sau în fine dispărută. Reţeaua perinucleară se păstrează mai bine. Sunt însă printre aceste celule unele care au reţeaua perinucleară mai alterată de cât cea periferică.

3. *Celulele pseudofasciculate* sunt mai rezistente. La ele fibrilele îşi păstrează fasciculaţia cel puţin la intrarea prelungirilor protoplasmice. Reţeaua perinucleară e cea care prezintă alteraţii ca: lărgirea ochiurilor, îngroşarea trabeculilor şi transformarea lor granuloasă.

4. Celulele mici reticulate prezintă leziunile cele mai înaintate. Majoritatea lor au corpul format din o masă omogenă colorată galben închis, fără contur precis în care se distinge nucleul ca o vacuolă clară la periferia căreia s'a depus un număr nsemnat de granulaţii fine negre, care-l conturează mai bine.

Prelungirile protoplasmice, la toate celulele, par tumefiate, groase şi sinuoase şi cu fibrilele rărite, îngroşate sau dezintegrate granulos.

Printre formaţiile normale se întâlnesc des: celule cu glomerul a căror dendrite par a forma plexuri mai abundente ca normal. Terminaţii în măciuci, în inel, şi în bule omogene (Cajal) se întâlnesc dese. Tot atât de dese se întâlnesc terminaţiile în formă de ghem reticulofibrilar, sau bule reticulate.

Ca formaţii anormale n'am întâlnit de cât începuturi de plexuri pericelulare împrejurul celulelor mici pe cale de dispariţie.

Aceste leziuni pot fi rezumate în: alteraţia ţesutului conjonctiv, leziunile diapedetice vasculare, noduli inflamatori, cromatoliză înaintată, supra încărcare de pigment, dezintegrarea granuloasă până la dispariţia aproape complectă a fibrilelor; cea ce ne arată că în acest caz am avut a face cu un proces acut de durată relativ scurtă care a dat leziunile de mai sus.

Observaţia II. — *In. Pp.* 42, sifilitic şi alcoolic.

Boala a început cu o lună înainte de internare.

La intrare (2/VII 1907) se prezintă, cu starea de troficitate generală bună, avea însă numeroase semne de degenerescenţă la faţă şi craniu. Pupilele erau negale; vorbirea dizartrică; tremurături fine în limbă şi mâni; reflexele exagerate; mersul nesigur; tic masticator. Din punctul de vedere mintal, prezenta: facultăţile intelectuale dezorganizate, şi cu un vast delir de grandoare. Nu doarme de cât ajutat; delirează continu şi e agitat continu.

Citodiagnosticul pozitiv.

Starea de dezorganizare fizică şi psichică a mers progresând, delirul şi agitaţia permanente, până în ziua de 3/VIII 1907 când sucombă în urma unui atac congestiv.

Necropsia. Pachimeningită emoragică, meningo encefalită corticală difuză, œdem gelatinos subpial, infiltraţie albă lăptoasă dealungul vaselor, ulceraţii corticale după decorticare, iperemie a substanţei encefalice, congestie intensă a vaselor cerebrale şi scleroza lor, ependimită granuloasă.

Cordul mărit de volum; valvulele îngroşate.

Pulmonii congestionaţi şi œdemaţiaţi.

Ficatul mare congestionat şi în stare de degenerescenţă grăsoasă. Splina mare, moale, friabilă şi foarte congestionată. Stomacul şi intestinul subţire intens congestionate. Intestinul gros plin cu coproliţi. Ganglionii solari sunt măriţi de volum, alb roşietici şi de conzistenţă puţin crescută.

Microscopia. (Nissl. V. Gieson). Privind o secţiune de ganglioni cu o mărime mică (No. 3), câmpul microscopului apare ocupat de două feluri de celule nervoase: unele mari colorate şi altele mai mici necolorate.

1. Celulele mari, care reprezintă abia o treime din elementele dintr'un câmp de microscop, au corpul puţin ipertrofiat globulos, cu cromatoliză centrală sau periferică mai mult sau mai puţin înaintată, luând în special aspectul noros; rar se găseşte câte-o vacuolă în corpul lor.

Printre aceste elemente sunt unele, foarte rare, la care cromosomele formează blocuri mari, alungite, fuziforme, dispuse unele paralel cu periferia celulei, altele cu conturul nucleului; cele mai multe însă dispuse ast-fel în cât cu o extremitate iau contact cu nucleul şi cealaltă e dirijată spre periferia celulei.

Din această primă varietate, puţine sunt celulele cari au xantosome, unele difuzate printre cromosome, sau adunate la un loc, ocupând o zonă anumită din celulă.

Nucleul, la aproape toate aceste elemente este excentric, incolor, clar şi deformat în special reniform cu concavitatea privind spre centrul celulei.

2. Celulele medii şi mici, apar ca nişte siluete de celule şi se prezintă: unele complect acromatice, ca nişte pete clare, cu sau fără xantosome; altele, în număr mic, au corpul sau uniform, dar slab colorat, sau au la periferie o bordură fină de cromosome mici, pulverizate. Nucleul lor apare ca o pată clară, vacuolă, neregulată situată excentric.

In multe din aceste celule abundă prezenţa xantosomelor. Ţesutul interstiţial e profund infiltrat cu elemente rotunde. Capsulele au nuclei proliferaţi şi amestecaţi cu dese elemente rotunde, realizând figuri complexe de neurofagie. Vasele au pereţi foarte îngroşaţi şi infiltraţi cu elemente cari se aseamănă cu celulele plasmatice din vasele corticale; împrejurul lor, pe oare-care distanţă, se constată o infiltraţie însemnată cu elemente rotunde.

In ţesutul interstiţial, printre capsulele, se constată celule plasmatice, cu corpul mare şi cu granulaţii metacromatice, cari sunt cu mult mai mari şi mai numeroase în vecinătatea celulelor profund alterate.

Bielchowsky. — Reţeaua fibrilară în general e profund alterată; puţine sunt celulele nervoase cari să mai prezinte încă o reţea, de şi incomplectă, — formată din ochiuri largi, în care trabeculi au suferit dezintegrarea granuloasă (vezi fig. 15). Celulele de tip pseudo-fasciculat prezintă pseudo-fascicule de fibrile numai la intrarea în prelungiri; perinuclear până aproape de periferie, fibrilele au suferit dezintegrarea granuloasă. In prelungirile lor se constată fibrili diminuaţi ca număr, însă îngroşaţi neregulat.

Restul de celule mari, medii şi mici, reticulate şi pseudo-fasciculate sunt complect lipsite de reţea intracelulară. Corpul celulei e colorat uniform în brun roşcat. Pe acest fond închis se disting granulaţii fine, negre închis, diseminate fără nici o ordine. Prelungirile acestor celule sau prezintă încă rari neurofibrile regresate granulos, sau nici o urmă de fibrile, şi in acest caz ele se impregnează intens şi omogen. In general prelungirile lor par largi, sinuoase şi chiar moniliforme.

Xantosome sunt în aceste celule în cantitate mare. Dintre formaţiile normale de fibre constatăm celule cu coroana dendritică şi cuib dendritic, formate din ramuri mai numeroase ca normal. Aceiaşi constatare asupra glomerulilor bi-tri şi pluri-celulari asupra plexurilor periglomerulare, a căror abundenţă de ramuri, formează plexuri inextricabile.

De asemenea am constatat prezenţa de bule şi măciuci piriforme sau neregulate, omogen şi intens impregnate, care reprezinta măciucile terminale ale prelungirilor celulare intra şi extracapsulare.

Terminaţii în inel fin şi buton cu conturul clar sau mat, se întâlnesc dese.

Destul de dese sunt prelungirile nervoase cari se *termină într'un ghem reticulo-fibrilar, rotund sau alungit, în formă de spatulă.* (vezi fig. 5 şi 6).

Afară de acestea am întâlnit, la acest caz, o varietate de *aparat spiral simplu* care aminteşte morfologia celulelor simpatice la broască, (al căror aparat special era socotit altă-dată ca aparţinând celulei însăşi şi ar fi format din prelungirea spirală care ar ocoli celula şi apoi prelungirea dreaptă şi în urmă s'ar îndepărta de amândouă luând aspectul fibrelor mielinice), în urmă Golgi a dovedit că fibra spirală n'ar fi de cât o *fibră aferentă* care se termină împrejurul celulei după ce a descris spirale împrejurul fibrei drepte). De asemenea se deosebeşte şi de spiralele descrise de Cajal şi Marinescu, formate din *fibre aferente*, cari vin să se termine în jurul ramurilor cari constituesc glomerulul unor celule şi împrejurul cărora ele descriu tururi, spirale, etc., de oare-ce aparatul întâlnit de noi, pare format din cilindraxul celulei însăşi, care plecând de la celulă, după ce o ocoleşte pe oare-care distanţă, se bifurcă şi ambele ramuri descriu spirale împrejurul unei prelungiri voluminoase, aparţinând aceleiaşi celule, pe o distanţă destul de mare şi apoi o părăsesc îndepărtându-se de ea. (vezi fig. 4).

Ca neoformaţii, sau formaţii patologice, am surprins, dar rar, nişte aparate cari amintesc formaţiile descrise de Nageotte care constau în arborizaţii de fibre fine, dificile de urmărit, cari constituesc un plex pericelular sau periglomerular, când celulele au glomerul. Din acest plex pericelular pleacă unele fibre şi descriu spirale în jurul unei ramuri protoplasmice a aceleiaşi celule (vezi fig. 8); altele termină în nişte bule mici piriforme omogene sau măciuci diforme şi în fine altele, şi cele mai fine, se termină în inele mici, sau butoni cu centrul clar.

Observaţia III. — *Cst. Gg.* de 40 ani. Sifilitic.

Bolnav de două luni. Inainte de intrare a avut un ictus cu hemiplegie — şi hemipareză facială.

Intră în ospiciu la 3 III 1907, se prezintă cu starea de troficitate generală bună, având: numeroase semne de degenerescenţă la faţă şi craniu; limba agitată de tremurături; pupilele inegale; reflexele exagerate; mersul nesigur din cauza hemiplegiei; vorbirea neînţeleasă din cauza dizartriei şi parezei faciale. Facultăţile intelectuale sunt global diminuate. N'are delir, dar arată o stare de euforie când e vorba de sănătatea lui, pe care o crede perfectă.

Cito-diagnosticul şi albumino-diagnosticul sunt pozitive.

Treptat se desorganizează, devine incontinent, face escară sacrată şi sucombă în 20/V 1907.

Necropsia. Meningo-encefalită cronică difuză; îngroşarea durei mater; oedem al piei; infiltraţie dealungul vaselor; lichid cefalorachidian abundent; ulceraţii corticale la detaşarea piei; ependimită granuloasă. Iperemie a substanţei encefalice. Vasele corticale sclerozate.

Cordul e normal; aorta ateromatoasă. Pulmonii au leziuni recente de tuberculoză; pleurele sunt aderente. Ficatul e dur, scleros, dar intens congestionat ş are plăci de perihepatită. Splina e mare, cu plăci de perisplenită şi cu pulpa moale. Rinichi normali ca volum, decorticabili şi intens congestionaţi. Mucoasa intestinului subţire şi gros e congestionată şi oedemaţiată; de pe intestinul gros mucoasa se ridică în lambouri iar în submucoasă se observă mici sufuziuni emoragice.

Ganglionii solari par puţin măriţi de volum şi intens congestionaţi. Ţesutul lor conjonctiv şi vasele sunt infiltrate cu elemente rotunde. Pereţii vaselor sunt îngroşaţi şi infiltraţi cu celule plasmatice identice celor din vasele corticale. Majoritatea capsulelor au nuclei desorientaţi în cât par aşezaţi pe mai multe rânduri, şi dând figuri complexe de neurofagie.

Celulele nervoase în majoritate par ipertrofiate, unele globuloase, altele poliedrice cu prelungirile evidente pe o distanţă scurtă. Puţine sunt celulele diminuate de volum, colţuroase, cu conturul zdrenţuit, având mai multe adâncituri, în cari se găsesc elemente rotunde.

a) Celulele ipertrofiate în general prezintă o cromatoliză centrală destul de înaintată, lăsând la periferie o bordură subţire de substanţă cromatică.

In celulele globuloase al căror nucleu este atât de excentric în cât face ernie, se constată în toată partea celulei opusă nucleului, o cromatoliză aşa de înaintată în cât se aseamănă cu o vacuolă enormă.

Alte celule de aceiaşi formă fac impresia că ar fi eclatat. Nucleul tuturor acestor celule este în general incolor excentric, şi deformat prezentând pe feţele lui concave mici depozite de substanţă cromatică.

Xantosome se găsesc rar în aceste celule.

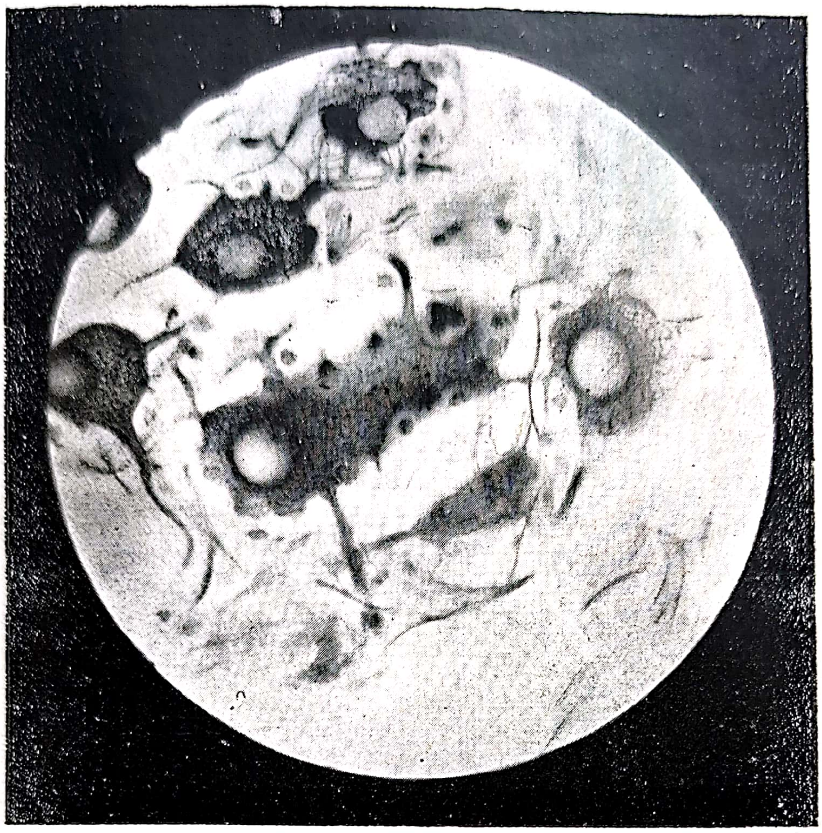


Fig. 10, (microfotografie)
Celulă simpatică gigantă cu tendința la divizare

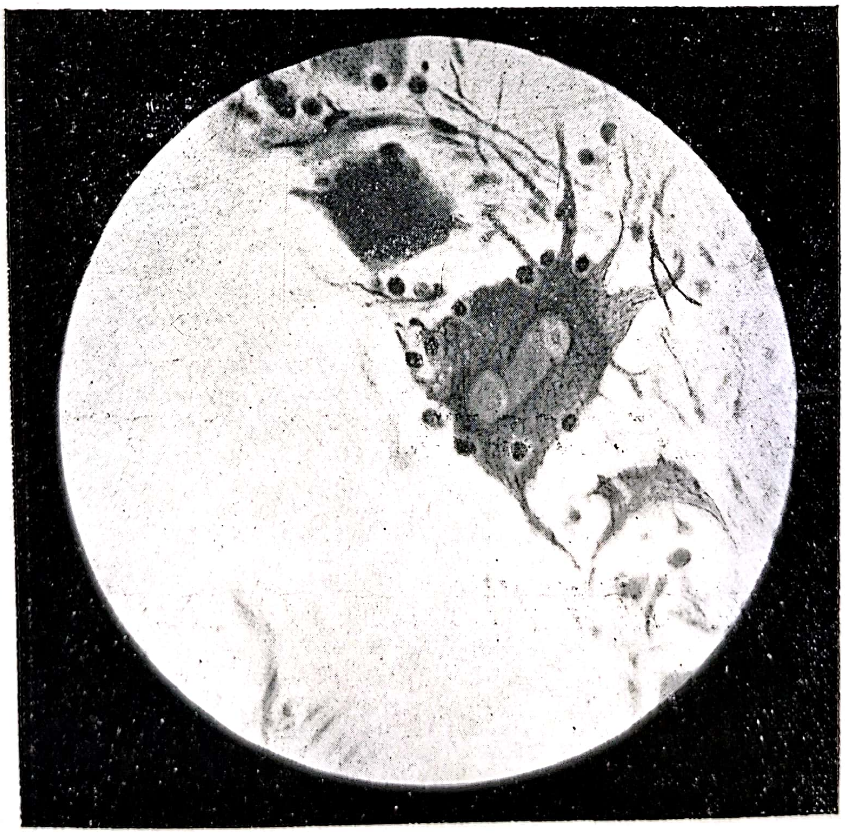


Fig. 11, (microfotografie)
Celulă gigantă cu nucleul pe cale de diviziune

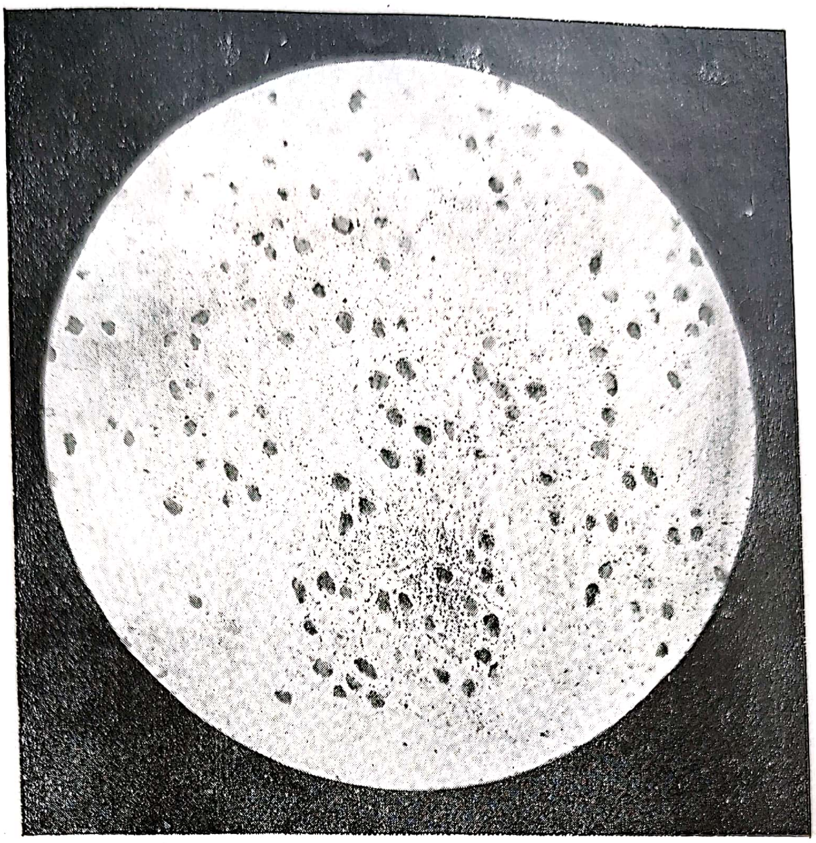


Fig. 12, (microfotografie, obiect No. 3)
Noduli diapedetici (infecțioși) în paralizia generală cu mers acut

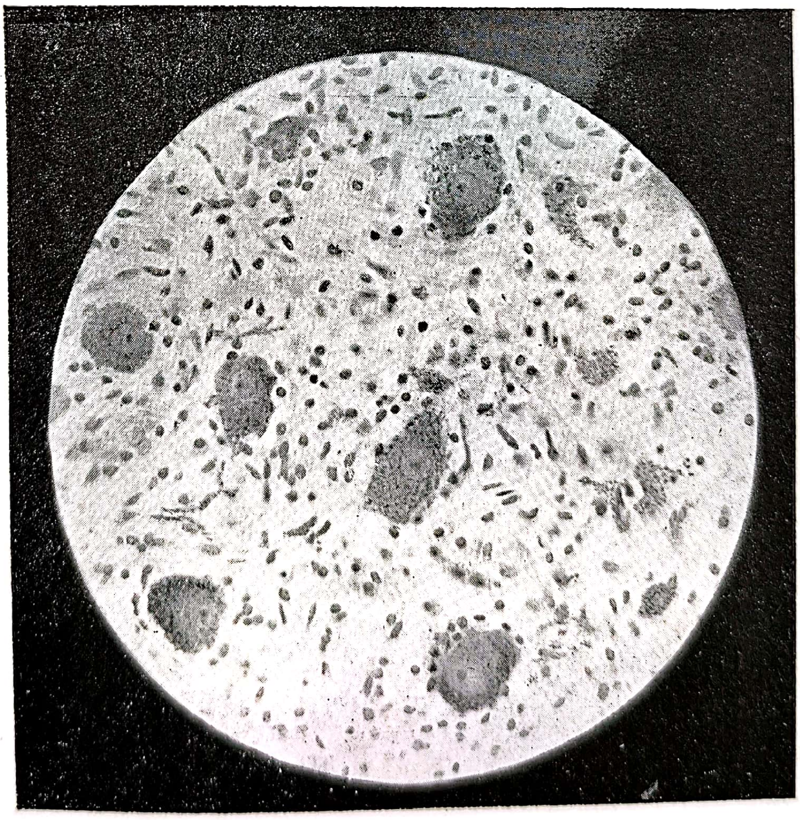


Fig. 13, (microfotografie, obiect No, 7)
Neurofagia, cromatoliză, proliferatie interstițială, celule plasmatice și iperpigmentație în paralizia generală

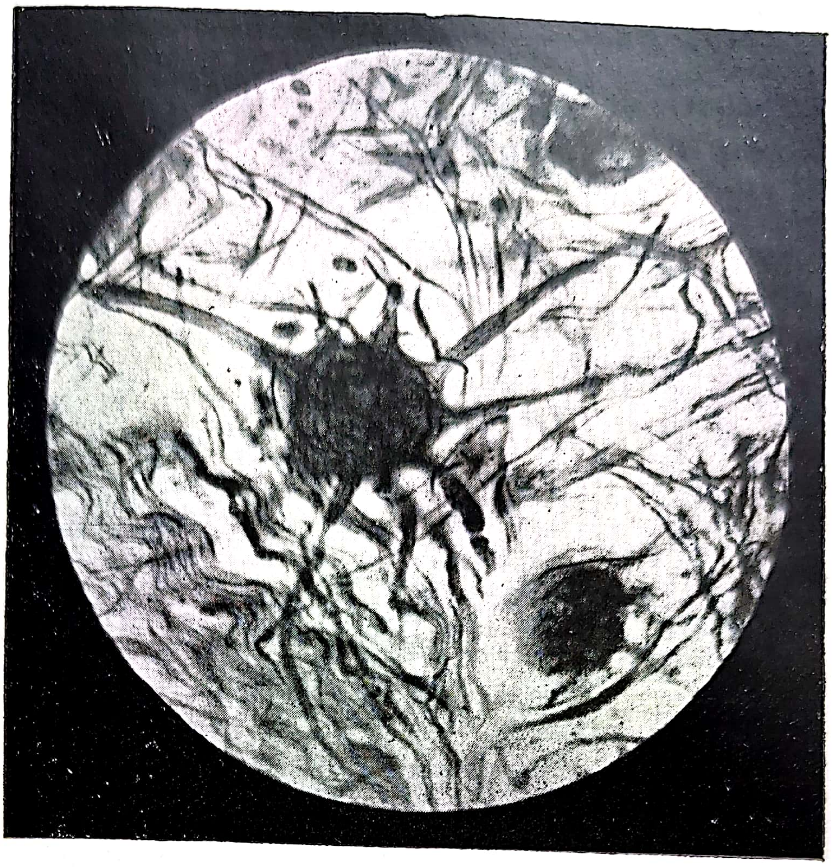


Fig. 14, (microfotografie, imersie şi ocular No. 2)
Fragmentarea fibrilelor, coaglutinarea fragmentelor, formarea de bastonaşe sau blocuri şi dispoziţia lor la periferia celulei

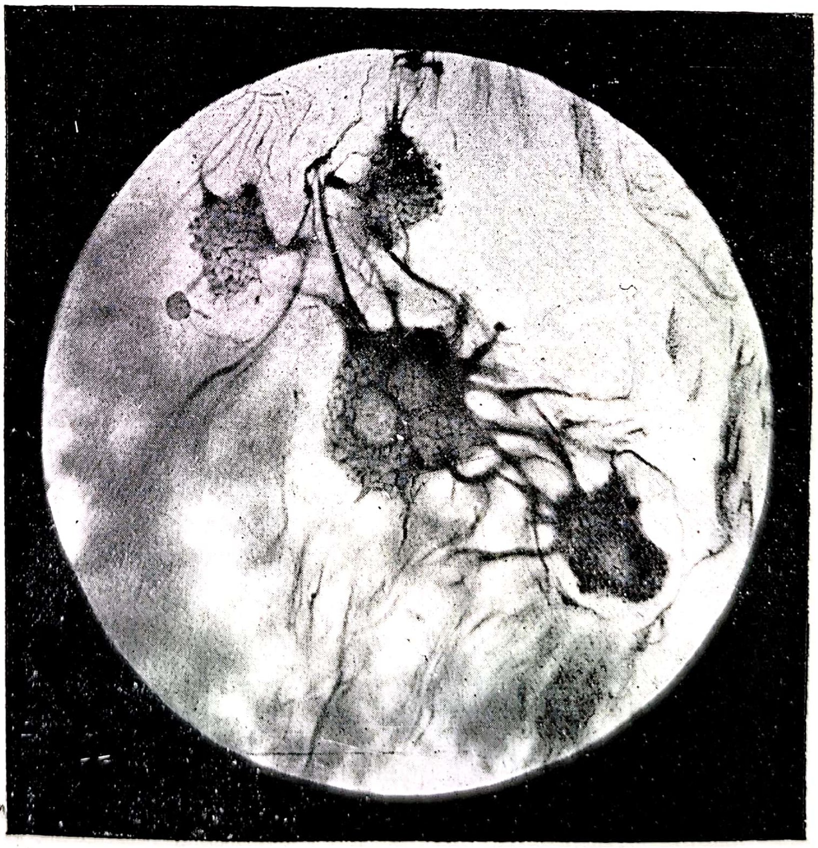


Fig. 15, (microfotografie, imersie şi ocular No. 2)
Celulă mare binucleată ; reţeaua fibrilară cu ochiurile lărgite. Celulele medii şi mici iperpigmentate, reţeaua fibrilară aproape dispărută

b) Celulele de aspect atrofic, au volumul diminuat, conturul neregulat, colţuros, puţin depărtat de capsulă şi înconjurate de elemente rotunde, neurofagice.

Cromosomele sunt aproape dispărute, iar periferia celulelor e săpată de numeroase vacuole de diferite mărimi. Nucleul lor abia e apreciabil, apare ca o pată clară şi fără contur net, sau e colorat difuz ca şi protoplasma şi atunci abia se poate distinge, nucleolul e mic şi slab colorat.

Xantosome constituesc adevărate conglomerate sau diseminate în corpul celulei.

Reţeaua fibrilară prezintă leziuni variate. In celulele mari reticulate şi în cele pseudofasciculate, reţeaua perinucleară a suferit dezintegrarea granuloasă; fibrilii primari de la periferie sunt îngroşaţi neregulat; trabeculii lor regresaţi granulos; ochiurile reţelei periferice sunt foarte lărgite. Prelungirile acestor celule sunt lărgite neregulat, varicoase, şi foarte sinuoase, iar în interiorul lor fibrilii sunt: unii neregulaţi moniliformi, alţi au suferit regresiunea granuloasă.

In celulele medii şi mici corpul celulei e difuz colorat fără urme de reţea fibrilară, iar în locul reţelei se disting în masa colorată: granulaţii fine de culoare neagră închisă, difuzate, şi vacuole numeroase dispuse la periferia celulei. Prelungirile acestor celule se prezintă ca nişte ramuri subţiri, sinuoase, impregnate omogen intens şi fără nici o urmă de fibrilaţie.

Unele din aceste celule se aseamănă cu *starea zdrenţuită (déchiré) a celulelor spinale descrise de Cajal în paralizia generală.*

Afară de formaţiile normale de fibre, n'am găsit de cât o abundenţă de fibre onduloase sinuoase, împrejurul celulelor pe cale de dispariţie.

Observaţia IV. — *Nc. Ic.* 36 ani, are ereditate nervoasă încărcată şi vechi sifilitic. Bolnav de vre-o trei luni. La început era în stare de depresiune şi a încercat să se sinucidă; Apoi au apărut idei de persecuţie şi în cele din urmă devenise negativist şi cu halucinaţii cenestezice.

La intrare (25/VII 1907) prezenta: numeroase semne de degenerescenţă la faţă şi craniu, pupilele inegale, reflexele exagerate, vorbirea disartrică şi manifesta o stare de agitaţie maniacală. Treptat agitaţia a dispărut; a rămas însă cu o stare de euforie.

Puncţia lombară pozitivă.

Dezorganizarea a mers repede, a intrat în marasm şi a sucombat în urma unui mic atac congestiv la 18/IX. 1907.

Necropsia. Pachimeningită emoragică — cu hematom subdural; Plăci de leptopachimeningită. Oedem pial. Ulceraţii corticale după ridicarea piei, iperemie intensă a encefalului. Ependimită granuloasă.

Cordul are plăci laptoase pe pericard. Aorta ateromatoasă. Pulmoni cu vârfurile infiltrate. Ficatul scleros dar iperemic. Rinichi aproape normali dar intens congestionaţi. Mucoasa stomacului şi intestinelor intens iperemiată. In intestinul gros se găsesc coproliţi.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum, noduroşi, tuberoşi şi de conzistenţă crescută. Prin metoda Nissl se constată că *celulele nervoase* sunt în general de volum normal, şi de formă rotundă, globuloasă. *Cromosomele* în bună parte sunt conservate însă sunt fin pulverizate dând celulei un aspect noros. Rare sunt celulele în care cromosomele să fie conservate şi să formeze conglomerate, blocuri mari, neregulate, diseminate.

Nucleul este de cele mai dese ori puţin excentric.

Se întâlnesc, deşi rar, printre celulele medii şi mici unele care sunt în stare de cromatoliză totală.

Ţesutul interstiţial este proliferat şi infiltrat cu elemente rotunde. Vasele de asemenea au pereţii îngroşaţi şi infiltraţi. Printre celule nervoase se găsesc numeroase celule plasmatice.

Reţeaua fibrilară la majoritatea elementelor are trabeculii fragmentaţi, şi regresaţi granulos. Fibrilii primari sau sunt îngroşaţi, sau sunt regresaţi granulos în spre centrul celulei. — In unele celule mici şi medii întreaga reţea este dezintegrată granulos, şi xantosomele abundă.

In prelungiri fibrilele par diminuate cu număr dar îngroşate.

Observaţia V. — *Am. Gg. de 32 ani sifilitic şi alcoolic.*

Cu şease luni înainte de internare a fost coprins de o stare de depresiune care a încetat. După acea a succedat o stare de agitaţie însemnată pentru care a fost internat.

La intrare 12/I 1907, pacientul prezintă: numeroase semne de degenerescenţă, pupilele inegale, vorbirea clară, tremurături în mâni şi o stare de agitaţie, în special în vorbe, un fel de *logoree*, — care alimentează un delir de grandoare vast.

Citodiagnosticul a fost pozitiv.

Pacientul slăbeşte treptat dar repede, şi în cele din urmă sucombă în urma unei gripe uşoare la 12/III 1907.

Necropsia. Meningo-encefalită cronică difuză. Oedem pial. Ulceraţii ale scoarţei la decorticare. Vasele sclerozate. Iperemie a encefalului. Ependimită granuloasă. Cordul moale, flasc, şi palid. Pulmonii intens iperemiaţi. Ficatul şi splina mărite de volum şi iperemiate.

Ganglionii solari sunt măriţi de volum, de aspect tuberos, şi de conzistenţă crescută.

Leziunile lor sunt aproape identice cazului precedent, afară de infiltraţia ţesutului conjonctiv care pare aici mai înaintată. Capsulele endoteliale au nuclei dezorientaţi şi dispuşi pe mai multe rânduri.

Reţeaua fibrilară la cele mai multe celule a suferit dezintegrarea granuloasă până şi 'n interiorul prelungirilor.

Observaţia VI. — *Tn. And.* 43 ani; neagă sifilisul dar a abuzat de băuturi alcoolice. Primul semn de boală a fost un ictus uşor, după care a urmat o depresiune perzistentă, care în urma unor abuzuri de alcool a fost înlocuită printr'o agitaţie gravă.

Internat la 15/XI 1906 prezenta: starea generală bună; pupilele inegale, vorbirea disartrică, tremurături în limbă şi mâni şi un vast delir de grandoare.

Citodiagnosticul e pozitiv.

Atacuri congestive a avut rare.

La 25/III 1907 sucombă în urma unui atac congestiv.

Necropsia. Meningoencefalită cronică difuză. Oedem şi îngroşarea piei. Ulceraţii la decorticare. Ependimită granuloasă. Scleroza vaselor corticale. Iperemia encefalului şi a tutulor viscerelor.

Ganglioni solari sunt mult măriţi de volum, de conzistenţă crescută şi par lobulaţi. Leziunile lor microscopice se pot rezuma în următoarele:

Celulele nervoase (Nissl) par *a)* unele mărite de volum şi globuloase, şi *b)* altele micşorate de volum cu conturul rotund sau colţuros şi retractat de capsulă.

a) Primele au cromatoliză mai des centrală care s'a întins până la periferia celulei. Nucleul lor e rar centrul, mai des e situat excentric şi în acest din urmă caz toată partea celulei opusă nucleului pare ca o veziculă mare.

Rare sunt celulele care să prezinte numai pulverizarea cromosomelor.

Xantosome se găsesc numeroase dar diseminate la periferia celulei.

b) Cele de al doilea, cu corpul redus, prezintă o cromatoliză totală până la acromatoză cu vacuole la periferie în număr şi mărime variabile.

Aceste celule sunt supra încărcate cu xantosome.

Ţesutul interstiţial e crescut şi infiltrat cu elemente rotunde care 'i-a stricat architectura.

Vasele au pereţi îngroşaţi şi infiltraţi cu elemente rotunde şi cu celule plasmatice.

Printre celule se constată prezenţa a dese celule plasmatice cu corpul voluminos şi cu granulaţii metacromatice.

Prin procedeul Bielchowsky se constată că în general celulele simpatice au aspectul celulelor zdrenţuite, cu conturul scobit de adâncături în care se găsesc nuclei neurofagici, cu prelungirile mici scurte şi fine îndoite sub capsulă în formă de tirbuşon iar cu cele mari, lărgite mult, strangulate din distanţă în distanţă cea ce le dă un aspect varicos, ondulat.

Reţeaua citoplasmică prezintă leziuni variate:

1. *a)* In unele celule mari reticulate se observă o reţea formată din fibrile fine cu ochiurile lărgite şi cu trabeculii în bună parte regresaţi granulos, fibrilele prelungirilor lor sunt palide, fine, şi de traect foarte ondulat şi in raport cu varicozităţile prelungirilor;

b) In altele reţeaua fibrilară nu se observă de cât la periferia celulei, cea centrală a suferit regresiunea granuloasă.

c) In fine în altele, dar puţine la număr, nu se observă nici o urmă de fibrilaţie. Prelungirile lor prezintă fibrilele pe cale de regresiune granuloasă.

2. In celulele pseudo-fasciculate se observă unele la care pseudo-fasciculaţia e destul de evidentă şi bine impregnată la intrarea spre prelungiri; în spaţiul dintre prelungiri reţeaua e palidă şi fină, iar împrejurul nucleului este mai condensată, mai evidentă; altele la care reţeaua periferică a dispărut; se constată câte-va resturi la intrarea în prelungiri şi împrejurul nucleului.

3. In fine la majoritatea celulelor mici, reţeaua fibrilară e complect dispărută; corpul celulei s'a colorat uniform.

Prelungirile acestor celule par separate de corpul celulei şi nu apar de cât în grosimea capsulei, şi sunt groase sinuoase, ondulate, moniliforme, şi par a forma un plex pericelular mult mai avut ca normal, dând plexuri pericelulare foarte complexe.

In interiorul acestor plexuri se observă foarte des terminaţii de fibre în formă de inel fin sau buton. Terminaţii în bule piriforme omogene, sau măciuci se întâlnesc des. Tot atât de dese sunt şi terminaţiile în formă de ghem reticulo-fibrilar situat lângă corpul celulei în care îşi sapă o scobitură.

Neoformaţii de fibre nu se observă de cât începuturi de plexuri împrejurul celulelor mici pe cale de dispariţie.

Observaţia VII. — *H. Gld.* de 45 ani; neagă sifilisul dar a abuzat de alcoolice. Bolnav de o lună.

La intrare (5/XI, 1907), prezenta: numeroase semne de degenerescenţă, pupilele inegale miotice, tremurături fine în mâini şi limbă, vorbirea dizartrică, reflexele exagerate, facultăţile intelectuale global dezorganizate, delir de grandoare, fără halucinaţii.

Cito-diagnosticul şi albumino-diagnosticul au fost pozitive.

La 16/XII sucombă în urma unui ictus.

Necropsia. Meningoencefalită difuză, congestie cerebrală intensă.

Iperemia tutulor organelor interne.

Ganglionii solari. Sunt puţin măriţi de volum, lobulaţi, de aspect tuberoşi, de culoare albă roşie şi de conzistenţă crescută.

Prin metoda Nissl se constată că ţesutul interstiţial este îngroşat dar mult înfiltrat. Vasele au pereţii îngroşaţi şi foarte infiltrate cu celule rotunde şi plasmatice.

Celulele nervoase se prezintă sub două stări diferite.

a) Unele, şi cele mai dese, sunt mărite mult de volum, de formă mai mult globuloasă, cu cromatoliză centrală, şi cu nucleul mai mult excentric şi deformat.

b) Altele, celule medii şi mici, sunt reduse de volum dar tot rotunde, cu cromatoliză mai mult sau mai puţin complectă până la acromatoză şi supra încărcate cu xantosome. Se observă dese figuri de neurofagie. Celulele plasmatice dintre celulele nervoase lezate cu corpul mărit de volum şi încărcat cu granulaţii metacromatice.

Reţeaua citoplasmică următoarele leziuni:

a) In toate celulele mari voluminoase, trabeculii reţelei sunt regresaţi granulos. Fibrilii primari par diminuaţi ca număr şi unii din ei au suferit regresiunea granuloasă.

Rar se întâlneşte resturi de reţea la periferia unor celule şi la intrarea prelungirilor. Prelungirile acestor celule sunt îngroşate, lărgite, tumefiate şi de traiect sinuos.

b) Celulele de tip pseudo-fasciculat mai păstrează încă resturi de fascicule de fibrile la intrarea prelungirilor, dar fibrilele sunt reduse ca număr, neregulate, îngroşate şi ondulate.

c) Celulele medii şi mici au fondul colorat în brun roşcat, şi în care se disting granulaţii fine. Prelungirile lor par separate de corpul protoplasmic şi apar în grosimea capsulei şi în afară de ea, unde ele sunt îngroşate, sinuoase, şi formează plexuri împrejurul celulei.

Printre formaţiile de fibre mai des întâlnite sunt plexurile periglomerulare, pericelulare, care sunt formate din ramuri foarte numeroase în cât dau impresia că ar fi neoformate.

In interiorul acestor plexuri se găsesc terminaţii în formă de inel fin, buton, măciuci şi bule omogene şi în fine terminaţii în formă de ghem neurofibrilar.

Trecând în revistă aceste cazuri de paralizie generală cu evoluţie rapidă şi căutând nota comună care le leagă, în ceea-ce priveşte leziunile care se observă în ganglionii lor solari, constatăm că e foarte dificil de a stabili o formulă definitivă care să reprezinte în câte-va cuvinte această diversitate şi complexitate de leziuni.

Totuşi, fiind-că ceea-ce deosebeşte un caz de altul, se reduce de cele mai multe ori la detalii puţin importante şi la subvarietăţi de leziuni, nu vom ţine seamă de ele şi vom trage concluzia având în vedere numai formele de leziuni precise şi constante în toate cazurile.

Dintre toate constatările noastre părţile comune şi constante care înlănţueşte şi apropie între ele aceste cazuri sunt următoarele:

Ţesutul conjonctiv, iperplaziat sau nu, este tot-deauna infiltrat cu elemente rotunde. Une-ori elementele lui însăşi, prin procesul inflamator par mobilizate în cât imitează infiltraţia diapedetică. Dese ori se constată şi noduli inflamatori. (Fig. 12 şi 13).

Vasele au pereţi îngroşaţi şi infiltraţi cu leucoite, (pericapilarită) infiltraţie care se întinde pe oare-care distanţă împrejurul lor în ţesutul conjonctiv.

In pereţii acestor vase se întâlnesc dese ori celule plasmatice identice celor din vasele corticale ale paraliziei generale.

Capsulele endoteliale au de multe ori nuclei mobilizaţi, dispuşi pe mai multe rânduri, amestecaţi cu nuclei rotunzi şi producând figuri complexe de neurofagie.

In ţesutul conjonctiv şi mai ales în jurul celulelor profund alterate şi supra încărcate cu xantopolasmă, se constată prezenţa unor elemente *plasmatice* cu nucleul mic, rotund şi incolor, cu corpul voluminos şi format din granulaţii metacromatice (Fig. 13).

Celulele nervoase în genere par mărite de volum, globuloase; puţine se prezintă de volum normal; destul de frecuente sunt celulele diminuate de volum, cu deosebire printre celulele medii şi mici; mai rare sunt celulele de aspect atrofic care se numără de obiceiu printre celulele de talie mică.

Substanţa cromatică este pe cale de cromoliză centrală sau periferică mai mult sau mai puţin înaintată până la totală chiar. Cea mai frecuentă formă de leziuni este *pulverizarea* cromosomelor. (Fig. 13). Există însă şi celule de aspect normal sau chiar ipercromatic.

In celulele mici atrofice, cromosomele sunt dispărute, iar corpul celulei e ocupat cu vacuole sau cu xantosome.

Nucleul este de cele mai multe ori excentric, une-ori chiar pare să iasă din corpul celulei, alte-ori are o poziţie intermediară între centru şi periferia celulei. Forma lui din rotundă, dese-ori e schimbată, deformat neregulat sau reniform, cu concavitatea privind spre centrul celulei şi ocupată de un depozit de granulaţii în formă de semilună.

Nucleolul e rotund şi mai tot-deauna situat excentric.

Reţeaua fibrilară prezintă o gamă complectă de leziuni, începând de la lărgirea ochiurilor reţelei cu dispariţia unor trabeculi prin fragmentarea şi degenerescenţa lor granuloasă şi până la fragmentarea fibrilelor primare, desintegrarea lor granuloasă, şi chiar dispariţia lor complectă. (Fig. 14 şi 15).

Unele celule prezintă leziuni fibrilare în mod difuz în corpul celulei, altele înprejurul nucleului şi în fine altele la periferia celulei.

Leziunile fibrilelor din corpul celulei se resimt şi în prelungiri, însă, de regulă în ele leziunea e mai puţin pronunţată, ca în corpul celulei.

Substanţa fundamentală de cele mai multe ori e impregnată şi de culoare puţin închisă, ceea-ce face dificilă observarea leziunilor; alte-ori e clară şi permite a vedea cele mai fine.

Xantosomele abundă sub formă de granulaţii sferice libere, rare ori formând conglomerate.

Prelungirile celulelor de cele mai multe ori sunt ca tumefiate, îngroşate, varicoase şi în multe părţi par a fi mai bogate în ramuri ceea-ce face ca glomerulii, cuiburile, plexurile periglomerulare şi pericelulare să fie mult mai complicate ca normal.

Plexuri de neoformaţie pericelulare se constată numai începuturi, fără a ajunge să formeze un plex abundent, însă printre firele lui se găsesc unele terminate în măciuci, sau bule mici.

Terminaţiile în formă de bule piriforme intens impregnate al lui Cajal sunt relativ dese. (Fig. 1 şi 2).

Tot atât de dese sunt terminaţiile de fibre probabil aferente în formă de ghem rotund sau alungit, reticulofibrilar. (Vezi fig. No. 5 şi 6).

MEDICINĂ PRACTICĂ

D. DANIELOPOLU

Injecţiunea de adrenalină în stările hypotensive, în decursul infecţiunilor acute grave

La autopsia indivizilor morţi de diferite infecţiuni acute, Sergent şi Bernard au găsit adesea leziuni ale capsulelor suprarenale, cari explicau, după aceşti autori starea de astenie urmată şi de hipotensiune arterială, ce prezintau aceşti bolnavi înaine de moarte.

Cum aceste fenomene sunt datorite însuficienţei capsulo-renale, s'a preconizat în ultimul timp, pentru a ridica tensiunea arterială în infecţiunile grave, infecţiunile sub-cutane de adrenalină.

Acelaşi tratament a fost preconizat de Hoddick, pentru a ridica tensiunea arterială în cursul peritonitelor.

Atât din cercetările acestui autor, cât şi din ultimele comunicări făcute în 1909 asupra acestei chestiuni la societatea medicală a spitalelor din Paris, rezultă că cu acest tratament se obţin rezultate excelente în toate infecţiunile grave în care presiunea artericală scade într'un grad înaintat.

Efectele injecţiunei de adrenalină sunt foarte rapide, şi de oare-ce în aceste cazuri este indicaţiune ca acţiunea sa să dureze un timp suficient de lung, se preferă să se injecteze *adrenalină foarte mult diluată în ser fiziologic.*

In general se întrebuinţează $^1/_2$—*1 miligr. de adrenalină (sol. Takamine) în 400—500 grame ser fiziologic.*

Hoddick preconizează în infecţiunile peritoneale injecţiunea intravenoasă de $^3/_4$—1 litru ser fisiologic, conţinând 6—8 picături de adrenalină (sol. Tak.).

După acest autor o singură injecţie este suficientă pentru a obţine efectul dorit.

Acțiunea terapeutică a extractului biliar [paratoxina lui Gérard și Lemoine (Lille)] asupra tachicardiei în particular în gușa exoftalmică

După Revellet ar exista un antagonism complect între ficat și corp tiroid, în ce privește acțiunea lor asupra centrilor cardio-motori și vasomotori.

Plecând de la această ideie și în urma bunelor rezultate ce a obținut tratând tachicardia tuberculoșilor cu extract biliar, autorul a încercat acest tratament în gușa exoftalmică.

Rezultatele obținute în două cazuri de maladia lui Basedow sunt demonstrative.

Injecțiunile au fost făcute în unul din cazuri în modul următor: In prima lună 2 injecțiuni cotidiane de 2 cc. paratoxină. In urmă injecțiunile au fost întrerupte prin perioade de repaus.

După 4 luni de tratament bolnavul avea 96—110 pulsațiuni pe minut (de la 180—200 înainte de tratament), tremurăturile au diminuat foarte mult, gușa a diminuat.

In al doilea caz a obținut același rezultat.

Frigoterapia precordială în medicina infantilă

Tratamentul pirexiilor prin frigoterapia precordială a fost preconizat deja de Gendin în 1840.

In ultimul timp s'au făcut cercetări clinice și experimentale în această privință, arătându-se efectul mai ales tonicardiac, al acestei medicațiuni.

Una din lucrările importante în această chestiune este teza lui Lonart de la Lille.

Din experiențele pe câini și din cercetările clinice făcute în diferite pirexii, rezultă că:

1. Ghiața în aplicație precordială provoacă o scădere de temperatură intracardiacă.

2. Scăderea de temperatură nu se petrece numai în interiorul cordului. Se poate constata această hypotermie în tot organismul.

3. La începutul experienței efectul ghieței se manifestă aproape

instantaneu în interiorul cordului. In regiunile periferice nu apare de cât după 15 minute;

4. Aplicaţiunea de ghiaţă pe regiunea hipogastrică are aceleaşi efecte;

5. Se pare că hypotermia este datorită unui fenomen pur fizic, sângele răcit la nivelul cordului se răspândeşte în tot organismul.

In afară de scăderea temperaturei, aplicaţiunea de ghiaţă pe regiunea precordială are încă de efect augmentarea forţei de contracţie a cordului, rărirea bătăilor cordului şi augmentarea diurezei.

Avantagiile ce are aplicaţiunea de ghiaţă pe regiunea precordială asupra băilor generale reci constă în faptul că acest tratament se poate aplica chiar în cazurile cari constituesc contra indicaţiuni pentru hidroterapia rece.

Opoterapia suprarenală în insuficienţa aortică

Andrea Ferrannini, a insistat asupra insuficienţei nutriţiunei ţesuturilor în insuficienţa aortică endocarditică, insuficienţă datorită elasticităţei normale a arterelor. Pereţii lor, distinşi la exces în timpul sistolei cardiace (din cauza hipertrofiei ventriculului stâng), revin foarte repede în timpul diastolei, grăbind refluarea sângelui înspre cord şi privând ast-fel ţesuturile de nutriţiune suficientă.

Acest fenomen se petrece într'o măsură mai slabă la indivizii cu insuficienţă aortică cari prezintă şi arterio-scleroză generalizată, de oare-ce elasticitatea arterială diminuată nu permite refluarea rapidă a sângelui către cord în timpul diastoliei cardiace.

Plecând de la această idee, un elev al lui Ferrannini, Melchiori, a încercat să combată hipotonia arterială. In insuficienţa aortică endocarditică, cu extract medular supra-renal, sub formă de *paraganglină Vassale*, în doză de XL picături în 24 de ore.

Rezultatele obţinute au fost excelente şi s'au arătat foarte nete chiar de la 15 zile de la începutul acestui tratament.

După 30 de zile amplitudinea şi rectitudinea liniei de ascensiune era foarte redusă pe sfigmogramă, vârful era transformat într'un platou. Pulsul 88 (în loc de 100). Turburările subiective s'au amendat.

Injecţiunile intra-venoase de strofantină în tachicardia paroxistică esenţială

Se ştie că strofantina în injecţiune intra-venoasă răreşte într'un mod manifest şi foarte rapid contracţiunile cardiace, ast-fel în cât une-ori după 5 — 15 minute, numărul pulsaţiunilor scade de la 120 sau 150 la 80 — 100.

Baccelli a avut ideia să întrebuinţeze această medicaţie în două cazuri de tachicardie paroxistică esenţială.

Efectele au fost miraculoase, după expresia autorului.

Foarte repede după injecţie numărul pulsaţiunilor a scăzut la 60.

Cantitatea de strofantină întrebuinţată a fost de *un miligram* în 10 cc. ser fiziologic.

Accidentele cari pot surveni în urma instilaţiei de atropină în ochi

Leroux semnalează un caz de intoxicaţie cu atropină în urma instilaţiei conjonctivale de această substanţă în soluţie de 1°/₀ la un bătrân cu cataractă dublă.

CRITICI ŞI CRONICI

D-ra Dr. ECATERINA Z. ARBORE

Epidemia de choleră din St. Petersburg

1908 — 1909 (1)

Injecţiunile (vaccinările) preventive anticholerice

Injecţiile preventive contra cholerei, au fost experimentate în Rusia, înaintea anului 1908 în diferite localităţi unde s’a ivit cholera de Zlatogoroff şi alţi epidemiologi.

La Petersburg în anul 1908, au început a se face injecţiuni preventive cu vaccina Kolle, din luna Maiu, înaintea apariţiunei epidemiei, la azilul de izolare Zolotunoski; acolo la 18 Maiu s’au făcut primele 5 injecţiuni, iar la 31 Maiu 3 injecţii a 2-a oară la aceleaşi persoane. Apoi nu s’a mai vaccinat nimeni până la 24 Iulie. Iar de la 24 Iulie până la 7 Octombre s’au făcut din nou. De la 24 Iulie până la 26 August, data când a fost declarată epidemia de choleră la St. Petersburg, în asilul Zolotunoski s’au făcut 221 injecţii la 114 persoane, 39 persoane au rămas injectate o singură dată, la 45 persoane s’au făcut injecţii de câte două ori şi la 30 persoane în trei rânduri. De la 27 August, numărul inşilor doritori de a se vaccina a crescut în mod considerabil.

La 30 August au început a se practica vaccinări anticholerice la cele-lalte două aziluri de izolare din Hersonskaia şi din Karpovka, precum şi la cele 6 dispensare comunale.

---

(1) Vezi No. 7 „Revista Ştiinţelor Medicale“.

La 6 Septembre s'a înființat un punct pentru vaccinare anticholerică în localul primăriei. La 7 Septembrie un alt punct în azilul pentru inundați.

La 11 Septembrie s'au început vaccinări în azilurile comunale. La 12 și 14 Septembrie în dispensarele din cartierele Alexandro-Nevskaie și Narvskaea.

Cu injecțiile preventive anticholerice s'au ocupat 14 medici, dintre cari o femeie medic; ajutori au fost numiți 14 studenți și două studente în medicină.

S'au făcut în total la dispensarele sus-citate 30.078 injecții preventive la 16.011 persoane; dintre acestea la 6.352 inși s'a făcut câte o singură injecție, la 5.251 inși s'a făcut câte două injecții, la 4.408 inși câte 3 injecții. Socotind după procent, găsim că din toți inșii vaccinați contra cholerei; 39,7$^0/_0$ au fost injectați o singură dată, 32,7$^0/_0$ au fost injectați de două ori, 27,5$^0/_0$ au fost injectați de 3 ori.

Lunile anului 1908, în care s'au făcut injecțiile anticholerice au fost:

	Persoane
In luna Maiu s'au făcut injecțiuni preventive la .	5
„ „ Iulie „ „ „ „ „ .	43
„ „ August „ „ „ „ „ .	1.116
„ „ Septembrie „ „ „ „ „ .	14.805
„ „ Octombrie „ „ „ „ „ .	42

La dispensarele din Petersburg s'au făcut injecții preventive cu vaccină anticholerică preparată după metoda Kolle, la institutul bacteriologic din Moscova, și la institutul de medicină experimentală din St. Petersburg.

Intru cât privește *reacțiunea* observată după injecții s'a putut aduna date despre 15.448 persoane injectate, din care numai la *2.697* s'a observat o *reacțiune* a organismului.

Reacțiunea observată după injecții preventive s'a înregistrat ca: *slabă* când s'a manifestat numai prin simptome locale, starea generală rămânând normală; *medie* atunci când fenomenele locale au fost intense și au fost însoțite de *ușoare* fenomene generale, adică de un sentiment de slăbiciune generală și febră ușoară; reacțiunea *tare*, atunci când simptomele generale au fost mai mult accentuate, consistând în greață, vărsături, diaree.

Reacțiunile observate la cele *2.697* persoane din totalul de 15.148 injectați, adecă în 34.5$^0/_0$ cazuri, au fost următoarele:

I. In 1.459 cazuri, adică în 54.1°/₀ reacţiunea a fost *uşoară.*
II. „ 975 „ „ „ 32,4°/₀ „ „ *medie*
III. „ 263 „ „ „ 15,5°/₀ „ „ *tare*

Cantitatea vaccinei injectate, la prima injecţie a variat de la 0,5—1.0 cm. c.; pentru a doua injecţie, de la 0,8—2,0 cm. c.; pentru a 3-a injecţie de la 1,5—3,0 cm. c.

Reacţiunea s'a observat după prima injecţie în 2,02°/₀—18,9°/₀ cazuri; după a 2-a injecţie în 21,4—89,4°/₀ cazuri; după a 3-a injecţie în 33,2—99,1°/₀ cazuri; aceste deosebiri le găsim comparând dările de seamă ale fie-cărui dispensar în parte.

Injecţiuni preventive anticholerice s'au făcut la Petersburg şi la consultaţiile spitalelor din oraş. Intru cât s'a putut afla din dări de seamă până acum, pe anul 1908, vedem că:

La spitalul Alexandrovskaia s'au făcut injecţii câte o singură dată la 377 inşi; de câte două ori la 104 inşi, de câte 3 ori la 4 inşi; total = *485* inşi.

La spitalul Obuchovskaia, vaccinaţi odată *69* inşi, vaccinaţi în două rânduri, 83 inşi = total *152* inşi.

La spitalul Petropavlovskaia, vaccinaţi contra cholerei = *69* inşi. La spitalul de copii (Nicolae): 10 inşi vaccinaţi odată, 14 inşi vaccinaţi de două ori, 43 vaccinaţi în 3 rânduri = total *67* inşi. La spitalul comunităţei Eugenia s'au făcut *138* injecţii preventive. La spitalul de copii Elisabeta = *30* injecţii preventive. La spitalul fabricei Putilov s'au făcut: *760* injecţii la *469* inşi. La spitalul palatului, o persoană vaccinată odată, 5 inşi vaccinaţi de două ori, 1 vaccinat de 3 ori = total 7 inşi vaccinaţi. La spitalul temniţei, = 6 inşi vaccinaţi de 2 ori.

Dintre inşii vaccinaţi contra cholerei, la consultaţiile spitalelor se cunosc *12* cazuri, cari cu toate aceste s'au îmbolnăvit de choleră.

Afară de aceste cazuri, se cunosc *9* cazuri, între infirmierele de spitale, cari s'au îmbolnăvit de choleră, după ce li s'a făcut injecţii anticholerice; socotind ca grupă aparte infirmierii şi infirmierele din spitalele Petersburgului, la care s'au făcut injecţii preventive, au fost 775 inşi, s'au îmbolnăvit *9*, deci în 1,2°/₀ cazuri, injecţiile n'au avut succes. Relativ însă la inşii injectaţi la dispensarele comunale nu există ştiri în privinţa immunizărei câştigate.

Datele de mai sus, le-am putut culege din lucrarea d-lui dr. Kaşkadamov medic sanitar a primăriei Petersburgului. Din parte-mi trebue să adaog ca în luna Septembre şi Octombre din anul 1908, s'au practicat injecţii preventive anticholerice în Petersburg nu numai la dispensarele comunale şi la spitale, dar şi de cei mai mulţi medici particulari, stabiliţi în Petersburg; deci numărul inşilor vaccinaţi ar fi mult mai mare de cât cel indicat în darea de seamă comunală. Insă cu părere de rău constatăm că nici unul din aceşti medici, n'a făcut dare de seamă despre rezultatele obţinute; deşi, în general se cunosc prea puţine cazuri de choleră între inşii, cari au fost vaccinaţi, însă în acelaş timp am avut ocaziunea să constat că; lăsând de o parte personalul spitalicesc, infirmierii şi infirmierele, marea majoritate din inşii cari s'au supus la injecţii preventive atât la dispensarii comunale, cât şi la spitale, şi la medici particulari, făcea parte din clasa mai cultă, nu din sărăcimea Petersburgului, or fapt zilnic constatat în această epidemie ca şi în alţi ani, clasa, care a fost bântuită de choleră a fost numai clasa cea mai săracă, iar în celelalte au fost prea puţine cazuri de choleră.

Considerând deci *numai* datele injecţiilor preventive contra cholerei care s'au făcut în epidemia din Petersburg, nu putem încă deduce concluziuni sigure asupra immunităţei câştigate pe urma acestor injecţiuni.

Tot în vara anului 1908, prof. dr. Zabolotny, a întrebuinţat în mod sistematic injecţiile preventive în campania anticholerică organizată sub direcţiunea sa, în localităţile de pe râul Volga, de către compania petroliferă Nobel. Această companie avea de scop: 1. a stabili dacă condiţiile sanitare din fabricile de păcură Nobel corespund cerinţelor ştiinţei moderne. 2. Pentru a lua măsurile necesare în vederea epidemiei de choleră. 3. A face injecţii anticholerice în mod sistematic. 4. In caz de nevoe a înfiinţa spitale speciale pentru cholerici. Consultând darea de seamă din Ţariţin în anul 1908, vedem că în această localitate, deşi erau cazuri suspecte pe choleră încă în luna Iunie, numai la 8 Iulie s'au ivit primile cazuri de choleră tipice, diagnosticate bacteriologic. De la începutul epidemiei chiar, adecă de la 8 Iulie, s'a început a se practica vaccinări contra cholerei, prin injecţiuni subcutanate cu vaccină anticholerică preparată la fortul Alexandru al III-lea din Kronstadt şi apoi mai târziu cu vaccina preparată la faţa locului, din vibrioni de la Ţariţin.

Dozele de vaccină injectată au fost de 2 cm. c. pentru prima injecţie, de 3 cm. c. pentru a 2-a injecţie şi de 4 cm. c. pentru a 3-a injecţie; mai târziu ultima cantitate a fost redusă tot la 3 cm. c.

Inşii vaccinaţi au fost supravegheaţi de aproape mai multe luni după injecţii.

Din cei 2.980 lucrători şi slujbaşi de la fabrica din Ţariţin s'au supus vaccinărei 590 inşi, au ramas nevaccinaţi 2.390 inşi. La cei 590 vaccinaţi, s'au făcut injecţii: o singură dată la 87 inşi, de două ori la 160 inşi, de 3 ori la 343 inşi.

Reacţiunea observată după injecţii a fost de 3 categorii: 1. *Uşoară*, consistând numai într'o roşeaţă şi umflătură limitată la locul înţepăturei, o uşoară ridicare de temperatură şi puţină oboseală câte-va ceasuri după injecţie, durata reacţiei fiind de 24 ore. 2. *Medie*, dureri şi roşeaţă intensă la locul înţepăturei, temperatură 38,5°, diaree uşoară. 3. Reacţie *forte*, consista în dureri intense în toată mâna, timp de 2-3 zile, febră, cefalalgie, vărsături şi diaree.

Dintre cei 343 inşi vaccinaţi prin injecţii repetate de 3 ori, au avut:

După 1 injecţie, 230 inşi o reacţiune *uşoară, 96* inşi o reacţiune *medie, 17* inşi o reacţiune forte.

După a 2-a injecţie, 275 inşi reacţiune *uşoară, 45* reacţiune *medie, 23* reacţiune *forte;*

După a 3-a injecţie, 4 reacţiune *forte.*

Din cei *160* inşi vaccinaţi de 2 ori, au avut:

După 1 injecţie, *107* reacţie slabă, *43* reacţie medie, *10* reacţie forte.
” 2 ” ” ” ” ” ” ” *2* ” ”

Deci cam o a 3-a parte dintre toţi inşii, la care s'au făcut injecţii preventive, au reacţionat un mod *uşor;* şi $^1/_{10}$ din toţi au reacţionat în mod intens.

Populaţiunea oraşului Ţariţin atinge cifra de 80,000 locuitori; injecţiuni preventive în oraş nu s'au făcut de loc. In oraş s'au înbolnăvit 645 inşi de cholera, deci $0,3^0/_0$ locuitori.

La fabrica Nobel au rămas nevaccinaţi 2.390 inşi, dintre aceştia s'au înbolnăvit de choleră 18 inşi, deci $0,75^0/_0$. Dintre cei 590 vaccinaţi s'a înbolnăvit de choleră numai o femeie, după o săptămână după ce a fost vacinată a 2-a oră şi s'a vindecat.

Dr. Zabolotny şi dr. Liberman, din darea de seamă a cărora am extras datele de mai sus, sunt de părere contrarie opiniunei exisiente până acum, cum că injecţiile preventive nu trebuie făcute în timpul epidemiei, şi în timpul perioadei de timp negative, după injecţie, individul ar fi mai predispus să se înbolnăvească de choleră. Din observaţiunile făcute la Ţariţin ei deduc concluziile că:

1. Injecţiile preventive contra cholerei micşorează procentul cazurilor de boală cam de 5 ori;

2. Două injecţii preventive nu sunt suficiente pentru a da o immunitate stabilă;

3. Reacţiunea observată după injecţii n'are mare însemnătate

4. Epidemia existentă nu e o contra-indicaţie pentru injecţii preventive.

In privinţa immunizărei obţinute după injecţii preventive anticholerice, trebuie să cităm lucrarea dr. Kerner din Ekaterinoslav, care a căutat să vază cât timp persistă immunisarea dată de vaccină anticholerică, şi dacă vaccinarea ar mări gradul de immunitate căpătat prin cercetări asupra *opsoninelor* din sângele diferiţilor indivizi. In oraşul şi în judeţul Ekaterinoslavului, încă din anul 1907 au fost vaccinaţi 5.665 indivizi contra cholerei.

Analizele sângelui s'au făcut în anul 1908 la indivizi, din care unii îşi făcuse injecţii preventive în anul 1907 şi le-au repetat în anul 1908, alţii nu erau vaccinaţi, apoi indivizii care suferise de choleră în 1907 şi câţi-va bolnavi de choleră din anul 1908; pentru aceste cercetări au servit mai cu seamă personalului medical precum şi bolnavii din spital. Autorul lucrării prepara opsoninele după technica Wright pentrul coloraţie se servea de procedeul Giemsa Romanovski. Autorui a stabilit mai întâi numărul (cifre) fagocitar la indivizi sănătoşi, care n'au fost vaccinaţi nici în anul 1907 nici în 1908. Media analizelor făcute cu serul sanghin de la peste 50 indivizi a fost găsit egală cu 3,4. Această cifră a fost luată de autor ca bază comparaţiunei traseului indicatorului opsoninic de la indivizi care au fost supuşi la injecţiuni preventive. Cifra fagocitară minimală la indivizii nevaccinaţi a fost de 1,3 cea maximală de 4,5.

S'a stabilit apoi forţa opsoninică a serului sanghin, de la indivizii vaccinaţi cu 8—9 luni înainte, cu vaccina Kolle, în Octombrie 1907, determinându-se la această cifră fagocitară.

Au fost cercetaţi în această privinţă peste două-zeci inşi şi cifra fagocitară medie găsită egală cu 5,25, deci indicatorul opsoninic egal 1,5.

Cel mai mare număr fagocitar a fost găsit însă egal cu 9,65 indicator opsoninic = 2,8, la un medic nevaccinat, care nu fusese nici odată bolnav de nici o boală infecţioasă posedând deci o immunitate congenitală. Din contră într'un singur caz la o femeie doctor, care fusese vaccinată în 3 rânduri contra cholerei s'a găsit indicatorul opsoninic egal 0,47 deci sub normal.

Examinând traseurile (variaţiunile) indicatorului opsoninelor la indivizi vaccinaţi în Iulie şi August anul 1908, se vede că imediat după injecţia preventivă, se produce o micşorare a indicatorului, cea ce se numeşte perioada negativă. Această fază negativă s'a produs la toţi vaccinaţi după prima injecţie, după a 2-a şi a 3-a nu s'a repetat la toţi şi a durat câte 7-8 zile. Pe baza acestui fapt s'ar putea admite, că s'a observat une-ori o scădere a immunităţei naturale faţă de choleră, după injecţie.

Cel mai înalt grad al indicatorului opsoninei oscilează între cifrele 6—7; acest maximum a apărut de obicei în a 4-a săptămână după prima injecţie.

In luna a 2-a după vaccinare, indicatorul opsoninei scade brusc şi rămâne oscilând între 3—4.

O urcare bruscă a traseului şi mărimea relativă a gradului la care ajunge indicatorul opsoninic s'a văzut a fi în legătură cu modul cum a reacţionat organismul individului după vaccinare.

Une-ori cel mai mare indicator opsoninic a fost observat după a 2-a injecţie preventivă.

Cercetând, care e indicatorul opsoninic, la indivizi care au avut cholera şi s'au vindecat, autorul a găsit la 3 inşi, care fusese bolnavi de choleră în anul 1907 indicatorul opsoninic = 0,8—1,4. La alţi 6 bolnavi de choleră din 1908 = cu 0,6, 0,6, 0,7, 1,2, 1,9, 2,1. Primii 3 au avut o formă grea al 4-lea a sucombat.

Din aceste cercetări autorul deduce că după 8—9 luni de la boală, nu se mai poate constata nimic specific în prezenţa indicatorului opsoninic ca măsură de immunitate; apoi în timpul boalei indicatorul opsoninic e subnormal în forme grave, cu toate aceste pot sucomba şi cu un indicator normal. Unul din bolnavii cu o formă grea de choleră, care însă fusese vaccinat şi revaccinat prezinta indicatorul opsoninic 0,7 avea însă, un organism cachechisat deci poate organismul n'a putut reacţiona la injecţii.

In două cazuri cu forme uşoare de choleră, bolnavii n'au fost nici-odată vaccinaţi, cu toate acestea aveau indicator opsoninic mare; în aceste cazuri se poate presupune că s'a produs o auto-inoculaţie după părerea lui Wright.

Acelaş autor a încercat sa vază întru cât serul sanghin a indivizilor vaccinaţi contra cholerei are puterea de a aglutina vibrioni cholerici. Examenul sângelui în această privinţă a fost făcut când prezentau cea mai mare forţă opsoninică. A fost reacţie positivă însă numai în două cazuri şi în proporţie de 1 : 10.

Sângele bolnavilor de choleră de asemenea a fost examinat în privinţa proprietăţei de aglutinare, dar în nici un cas n'a aglutinat.

Bacteriolizine nu s'au constatat nici o dată în sângele bolnavilor cholerici; bacteriolizine s'a observat în preparaţiuni ale sângelui de la indivizii sănătoşi vaccinaţi contra cholerei, dar s'a observat şi la cei nevaccinaţi cu indicator opsoninic mic. Bacteriolizina nu s'a observat nici odată în preparaţiuni de control unde în locul serului sanghin s'a luat o soluţie fisiologică de sare.

Din toate cercetările lui, autorul conchide că forţa opsoninică a serului sanghin a indivizilori vaccinaţi contra cholerei este mult mai mare decât a celor nevaccinaţi şi că această deosebire e un fenomen constant.

Faţă de vibrioni *choleriformi*, ori-care ar fi origina lor serul indivizilor vaccinaţi contra cholerei n'are nici o acţiune specifică. Acest din urmă fapt autorul l'a constatat, determinând forţa opsoninică a câtor-va indivizi vaccinaţi faţă de vibrioani choleriformi izolaţi din apă.

Din cercetările lui autorul n'ar crede că determinarea forţei opsoninice a serului sanghin poate servi de mijloc de diagnostic a vibrionilor cholerici.

In privinţa însă a opsoninilor din sângele bolnavilor de cholerā şi a consideraţiunilor, care se pot deduce din determinarea lor, relativ la diagnosticul şi prognosticul cholerei s'au făcut cercetări şi în laboratoarele spitalelor din Petersburg. Mai jos vom vorbi şi despre aceste cercetări.

Alţi bacteriologi ruşi, cercetând acţiunea aglutinativă a serului sanghin de la indivizi vaccinaţi contra cholerei, au găsit rezultate deosebite. Dr. Jernoff care a făcut parte din campania anticholerică a prof. Dr. Zabolotny la Astrachan, a găsit că: 1) serul sanghin de la oameni normali din 9 cazuri în 2 a agglutinat vibrioni cholerici în proporţie de 1 : 15 2) serul sanghin la indivizi vaccinaţi agglutina după a 2-a injecţie preventivă în proporţie de 1 : 15, 1 : 30 şi chiar 1 : 100.

IV

Cercetări bacteriologice în privinţa epidemiei de cholerā din anul 1908 la St. Petersburg

Laboratorul comunal al Petersburgului, de sub direcţiunea dr. Iakovleff, fusese obligat încă din luna Iulie anului 1908 să facă examenul bacteriologic al tuturor cazurilor suspecte de choleră, atât în oraş cât şi în împrejurimi, în mod gratuit; în acest scop se făcuse şi un apel la medicii particulari să trimeată la acest laborator excreţiunile, etc. ale bolnavilor suspecţi.

Până la 22 August însă, la laboratorul comunal au fost examinate piese anatomo-pathologice şi excreţiunile numai de la 18 cazuri suspecte, din care cea mai mare parte din împrejurimele Petersburgului; din aceste cazuri s'au găsit: la o autopsie de gastro-enterită, bacili para-typhus B, la alta bacili asemenea f. tifoide, proteus vulgaris, vibrioni mai mari de cât cei cholerici şi care nu dau reacţiunea de aglutinare.

Pentru prima oră la 22 August, examenul bacteriologic a pieselor de la autopsia a unui bolnav din spitalul Buchovskaia, a arătat prezenţa vibrionului choleric, care după 18 ore a dat colonii în soluţie peptonică, vibrionii isolaţi din colonii prezentau reacţiunea de aglutinare. Acelaş caz însă supus şi examenului bacteriologic în laboratorul spitalului a fost diagnosticat ca *gastro-enterită* acută simplă, rezultatul examenului declarându-se negativ.

La 26 August un alt caz de autopsie de la spitalul Alexandrovskaia, a dat culturi pure de choleră.

De la 24 August până la finele lunei Noembre 1908 s'au făcut la laboratorul comunal 1,318 examene bacteriologice şi în 404 casuri s'au găsit vibrioni cholerici, s'au examinat: 1) materi fecale de la bolnavi suspecţi de choleră precum şi de la persoane din vecinătatea bolnavilor, total 1,275 cazuri; în 389 au fost constataţi vibrioni cholerici; 2) piese anatomo-pathologice, fragmente de intestine de la autopsie: 14 cazuri, în 10 din aceste s'au găsit vibrioni cholerici, 3) 7 cazuri, de conţinut al stomacului (vărsături) din aceste într'un singur caz s'au putut izola vibrioni cholerici; 4) rufe de la bolnavii suspecţi choleră, 4) cazuri, în *toate patru* prezenţa vibrionilor cholerici a fost dovedită. 5) alimente şi băuturi: 11 cazuri supuse examenului bacteriologic: rezultatul negativ; 6) *apă*; până la 20 Noembrie, s'au examinat *138*, probe de apă, luată din râul Fantanka, din canalul Ekaterinovski, din râul Neva, din conductele de apă, în mai multe părţi din oraş. In toate s'au găsit diferite specii de vibrioni, din care *două varietăţi* au putut fi declarate de *cholerice* prin reacţiunea aglutinării.

Materiile fecale examinate la laborator au dat un procent deosebit de frecuenţa vibrionilor cholerici după aspectul macroscopic pe care-l prezentau.

Ast-fel:

1. In conţinutul scaunelor cu aspect riziform, prezenţa de vibrioni cholerici în 77,8°/$_0$ cazuri.
2. In scaune lichide sanguinolente, vibrioni cholerici în 75°/$_0$ cazuri
3. „ „ lichide apoase şi incolore „ „ 53°/$_0$ „
4. „ „ semi-lichide colorate „ „ 32°/$_0$ „
5. „ „ mai păstose „ „ 18,2°/$_0$ „
6. „ „ normale, tari „ „ 12,6°/$_0$ „

Scaunele din ultimile două categorii, erau de la convalescenţi după choleră şi de la inşi sănătoşi, cliniceşte.

Dr. Iakovleff, în darea lui de seamă, spune că este de regretat, că n'au fost supuse examenului bacteriologic, cazurile cele numeroase de gastro-enterite mai mult sau mai puţin uşoare, care au avut loc la începutul epidemiei. In epidemiele de choleră, mai mult decât în ori-ce altă maladie infecţioasă sunt frecuente cazurile cu forme clinice uşoare, în care boala trece nebăgată în seamă, redusă fiind la o simplă diaree; aceste cazuri însă sunt unul din factorii intinderei epidemiei.

Ca şi în alte maladii infecţioase, gradul de virulenţă a vibrionului choleric adesea nu corespunde gravităţei formei clinice a boalei; persistenţa vibrionilor în organismul omului de asemenea variază după indivizi.

In multe cazuri, boala s'a manifestat numai prin scaune lichide sau semi-lichide odată sau de două ori pe zi, cu o stare generală absolut normală, cu toate acestea se constatau în mai multe rânduri în aceste scaune vibrioni cholerici care au persistat mai mult timp chiar când scaunele devenise normale.

In alte ocaziuni, s'au găsit vibrioni cholerici, în enterite sau diaree uşoare coexistente cu alte boale grave; ast-fel într'un caz de examen bacteriologic a materilor fecale a unui copil sucombat de *meningită*, însoţită de o gastro-enterită uşoară, s'a constatat prezenţa vibrionilor cholerici în materiile examinate.

Din tabela de mai sus, se vede că şi atunci când sunt scaune cu aspect riziform, nu se găsesc întotdea-una vibrioni cholerici; la 22,2 din 100 cazuri rezultatul a fost negativ. Este însă lucrul ştiut de toţi, că după un singur examen se întâmplă adesea să nu se poată izola vibrionii cholerici, chiar în cazuri, când atât tabloul clinic al boalei cât şi existenţa epidemiei, nu lasă nici o îndoială în privinţa diagnosticului.

Prin urmare trebuie procedat cu multă prudenţă în privinţa rezultatelor negative după un singur examen bacteriologic.

Cantitatea vibrionilor constataţi la examenul bacteriologic, de asemenea, adese nu corespunde cu gravitatea simptomelor clinice.

Dr. Jakovleff presupune că o nimicire în masă a vibrionilor în intestinele omului, poate să aibă ca urmare atât moartea individului (prin intoxicaţie cu endotoxine cholerice) cât şi rezultat negativ la examenul bacteriologic.

Vibrionii cholerici pot sucomba nu numai înăuntru organizmului, în intestine, dar mai ales pe urmă în materiile fecale excretate nu numai din cauza reacţiunei chimice a acestora, dar din diferite alte cauze: de aceia, se recomandă a lua pentru însemânţare, materii excretate proaspete.

De multe ori la laborator, pentru a avea cultură de vibrioni într'o cantitate de 50 cm. c. de soluţie peptonică trebuia luat 1 până la $2^1/_2$ cm. c. de materii excretate; alte ori aceleaşi materii dau culturi abundente prin 2—3 picături pe ac de platină. . . In unele cazuri se constată vibrioni numeroşi la simplu examen microscopic, în materii fecale, după ce au stat 6—12 ore la termostat, alte ori nu se găsesc vibrioni în scaune şi cu toate aceste, cresc culturi abundente în soluţie peptonică.

Intr'un caz, când nu s'a putut constata prezenţa vibrionilor în scaune, s'a căpătat culture de vibrioni după însemânţare cu conţinutul băşicei urinare.

La laboratorul comunal, s'a făcut şi un număr destul de mare de examene bacteriologice a scaunelor de la inşii vindecaţi de cholera, cu toate aceste nu se poate spune cu siguranţă nici maximul nici minimul intervalului de timp, cât persistă vibrionii.

Cea mai mare longevitate a vibrionilor a fost constatată la o bolnavă din spitalul „Alexandrovskaia“, la care s'au mai găsit vibrioni în scaune a 56 zi după începutul boalei. Intr'un alt caz, s'au găsit vibrioni după 41 zile, dar nu s'au mai găsit în a 48-a zi.

D-rul Jakovleff crede că în special locuitorii oraşului St. Petersburg se bucură de proprietatea de a păstra lung timp în organizmul lor, agenţii boalelor infecţioase, de care au suferit. . . Asta ar fi una din explicaţiile faptului ca la Petersburg epidemiele sunt întotdeauna urmate de o endemie lungă.

La 27 Septembre, s'a constatat prezenţa vibrionilor cholerici în scaunele unui bolnav cu o formă uşoară de cholera internat în unul din spitalele oraşului. La 10 Octombre bolnavul a eşit din spital vindecat. La 3 Ianuarie 1909 acelaşi bolnav reintră în aceeaşi spital, cu scaune cu aspect riziform şi în care se constată din nou prezenţa vibrionilor . . . deci după un interval de timp de 98 zile . . . In acest caz însă se poate presupune şi o nouă infecţie. S'a văzut de asemenea, că nu e suficient nici că să se repete examenul bacteriologic de 2 ori, cu rezultat negativ, că să putem spune cu siguranţă că nu este cholera.

Ast-fel într'un caz, vibrionii s'au găsit numai după al 3-lea examen, făcut după 15 zile. . .

Pe baza aceasta s'a luat dispoziţia în Noembre anului 1908, că bolnavii să nu mai fie concediaţi din spitale decât când examenul bacteriologic repetat de 3 ori a dat rezultat negativ. Criteriul pentru a considera pe bolnavi ca vindecaţi nu poate fi nici de cum consistenţa materiilor fecale excretate, de oare-ce în examene de scaune destul de consistente, în 12 la 100 cazuri s'au găsit vibrioni.

Intru cât priveşte persoanele sănătoase, care au fost în contact cu bolnavi, la laboratorul comunal s'au făcut 191 examene a scaunelor de la asemenea persoane şi în 11 cazuri s'au găsit vibrioni.

Acest rezultat concordă cu acela, care mi-a fost comunicat de prof. Dr. Zabolotny care a cercetat în Ianuarie 1909, 300 de asemenea indivizi sănătoşi şi în 10 la sută din ei a găsit vibrioni cholerici.

In epidemia şcoalei de iunkeri de la Pavlovsk, care a fost relatată de prof. Dr. Tchistovitch, în clinica căruia au fost trataţi bolnavii, s'au găsit de asemenea purtători de vibrioni bucătarii. In spitalele de cholerici, au fost găsiţi mulţi infirmieri şi infirmiere care aveau vibrioni în scaunele lor, fiind sănătoşi. Din cazuri particulare, merită deosebită atenţie cazul familiei din Ţarskoe-Selo, localitate considerată în deobşte ca immună în privinţa cholerei.

Un tânăr din acea familie sucombă brusc cu simptome de choleră; în scaunele lui se găsesc vibrioni cholerici. Se examinează atunci scaunele tuturor membrilor familiei. La tatăl şi la mama bolnavului se găsesc vibrioni cholerici, ei fiind sănătoşi. Ori, din toată familia care locuea la Ţarskoe-Selo, unde nu fusese nici un caz de de choleră, numai *tatăl* se dusese pentru vre-o 2 zile la Petersburg şi s'a întors cu 3 zile înainte de a se îmbolnăvi fiul lui. Invederat că tatăl adusese infecţia şi a comunicat boala fiului, rămânând singur sănătos.

Consultând darea de seamă a comisiunei bacteriologice din Petersburg, compusă din D-rii Zabolotny, Iakovleff, Zlatogoroff și Kulișa, comunicată în ședința societăței microbiologice de la 5 Martie 1909, găsim că această comisiune ocupându-se mai cu seamă de lămurirea chestiunei de contagiune de la om la om, prin infecție directă sau indirectă, a examinat timp de 3 luni de la 20 Noembrie până la 21 Februarie 1909, materiile fecale dela 2440 indivizi aleși din acei care au fost în contact cu 660 bolnavi de cholera. Aceștia formau însă numai cam a 3-a parte din toate cazurile de boală din acest interval, de timp — au fost 1500 bolnavi în acest timp. Lipsa unei legi, în privința obligativităței de a se supune examenului bacteriologic a împiedecat de a se examina mai mulți.

Dintre toți cei examinați, la 125 indivizi sănătoși s'au găsit vibrioni cholerici, deci cam la 5°/₀, relativ la toți examinați și în 20°/₀ relativ la bolnavi. Cu alte cuvinte pe lângă fie-care 100 de bolnavi de cholera, se află în jurul lor câte 20 inși sănătoși, care poartă vibrioni și rămânând în viață comună, nefiind izolați, în mod inconștient respândesc mai departe infecțiunea ascunsă întrânșii.

Purtătorii de cholera (cholera-tregeri) pot fi considerați ca fiind de 3 categorii: 1) purtători de cholera de incubație; din categoria asta au fost 25 inși (11 bărbați, 10 femei și 4 copii), care în timpul când au fost examinați, aveau starea generală normală, dar scaunele lichide și peste 2—3 zile au căzut bolnavi de cholera, 2) a 2 categorie de indivizi bolnavi deja, cu forme ușoare, diaree fără alt semn de boală; din categoria asta au fost 40 inși: 18 bărbați, 15 femei și 7 copii 3) a 3-a categorie de adevărați purtători de choleră, fără nici un semn de boală; aceștia au fost 60, 20 bărbați, 29 femei și 11 copii.

La indivizii din ultimele două categorii, vibrionii au persistat 1—10 zile. Relativ la bolnavii vindecați de cholera, în ori-ce caz trebue să nu se mai bizuie nimeni pe faptul ca un bolnav cu scaune consistente să fie considerat ca vindecat, 36°/₀ dintre bolnavii vindecați de cholera au continuat a avea vibrioni în scaune normale timp de 2—17 zile. La o bolnavă cu icter, vibrionii au persistat timp de 57 zile și au dispărut odată cu icterul.

D-rul Kulișa a descris încă în anul 1907, un caz de cholera la Petersburg, diagnosticat după autopsie, în care a găsit vibrioni cholerici în căile biliare, o lună după începutul boalei.

Intr'un caz vibrionii au fost găsiți la autopsie, 11 zile după dispariţia lor din scaune, în rinichiul drept, care prezinta leziuni de de pielo-nefrită.

Afară de cazuri izolate de infecţie de la om la om, s'au observat în cursul anului mai multe mici epidemii, în diferite institutiuni şi chiar în spitale (3 cazuri) în care bolnavi cholerici nediagnosticaţi au fost lăsaţi în săli comune.

Au fost şi alte cazuri, ca acela din comunitatea Georgevskaia, şi din asilul de văduve, în care a izbucnit o epidemie prin infecţie simultanee, din cauza mâncărei infectate de cholera-tregeri, care se aflau în perioda de incubaţie, era o sufragioaică, iar în comunitatea Gheorghevskaia o bucătăreasă.

Concluziunile comisiunei bacteriologice ar fi ca în ultimele 3 luni de epidemie, contagiunea s'a făcut de multe ori prin indivizi purtători de cholera în stare latentă.

In privinţa cercetărilor a apei de băut, sus numita comisiuue bactereologică a arătat încă odată, ca apa din râul Neva, în locul unde se făcea căptarea pentru conductele de apă din oraş, este infectată; o mulţime de canale evacuatoare cu murdării se deschid în râu, mai sus de locul captărei.

De la periferia oraşului până la acel loc, se varsă zilnic în Neva 7—15 milioane de vedre de lături. Filtraţia apei se face rău, din cauza insuficienţei suprafeţei filtrante. Deja de la începutul epidemiei până la 20 Noembre, după cum s'a văzut din darea de seamă a laboratorului comunal, în mai multe rânduri examenele bacteriologice a apei de băut, au arătat prezenţa vibrionilor cholerici. De la 20 Noembre 1908 încoace, analizele apei de băut s'au făcut pe o scară largă.

S'au luat probe de apă din mijlocul râului, din basinurile celor 3 staţii de apă, din conductele de apă, din robinetele caselor particulare etc. s'au analizat şi lăturile şi probe de ghiaţă.

Din *194* probe de apă nefiltrată din staţiile de apă s'au găsit de *38* ori vibrioni cholerici deci în 19% cazuri. Din *684* probe de apă filtrată din staţii, s'au găsit în *92* vibrioni, deci în 13% cazuri.

In *503* cazuri de apă luată din robinete din case particulare, de *87* ori s'au găsit vibrioni, deci în 17% cazuri. In apă din canalele evacuatoare, din 170 probe de *31* ori s'au constatat vibrioni, deci în 18% cazuri. Din mijlocul râului s'au luat *59* probe, în *2* s'au găsit vibrioni. Din *130* analize de ghiaţă, în *8* vibrioni, deci în 6,1% cazuri.

In total s'au făcut 1740 analize de apă din diferite proveninețe şi de *258* ori s'au găsit vibrioni cholerici. In *425* cazuri s'au găsit alţi vibrioni choleriformi. Din aceşti vibrioni choleriformi, unii şi anume *31* din 191 cazuri au recăpătat după mai multe însemânţări succesive proprietăţile caracteristice a vibrionilor cholerici.

In lunile Ianuarie şi Februarie 1909, s'au constat mai puţini vibrioni în apă, dar epidemia a continuat. S'a observat de asemene, că vibrioni au persistat în apă din robinete din unele case particulare, timp de 3 luni, deşi în aceste case n'au fost de cât cazuri izolate de choleră.

Toate cercetările mersului epidemiei la Petersburg de la 20 Noembrie 1908 încoace, arată după părerea bacteriologilor că numărul vibrionilor găsiţi în apă n'a corespuns cu numărul cazurilor de boală şi de bună seamă o mare parte de cazuri de choleră se datoreşte contagiunei prin contact.

Diagnosticul vibrionului choleric se făcea pe baza proprietăţilor şi reacţiilor caracteristice. Intâi se fac culturi provizorii în soluţie peptonică $1^{0}/_{0}$, apoi însemânţări pe agar în cutii Petri. Vibrionii cholerici trebuie să dea colonii caracteristice pe gelatină, să posede un cil, să se aglutineze cu serul aglutinator în proporţie de minimum 1:1000 şi să dea reacţiunea complementului cu serul anticholeric.

La vibrionii din epidemia din St. Petersburg, atât la cei izolaţi din apă, cât şi la cei de la bolnavi, proprietatea de a lichefia gelaitna de alungul înţepăturei cu acul de platină, adese era prea puţin accentuată. Mulţi vibrioni nu lichefiau gelatina.

Chiar proprietatea cea caracteristică de aglutinare adese ori apărea numai după câte-va însemânţări succesive sau după trecere pe animal. Aceşti vibrioni care se aglutinau greu, erau izolaţi atât din scaunele bolnavilor de choleră, cât şi de la indivizi sănătoşi, precum şi din apă. Pentru control se încerca aglutinarea cu serul de la epuri, immunisaţi contra diferitelor specii de vibrioni choleriformi. Reacţiunea hemolizei se face pe plăci de agar cu sânge. Vibrionii izolaţi de curând dau de obiceiu reacţiunea pozitivă. Cu vibrioni cultivaţi de mult timp pe mediuri artificiale hemoliza se producea mai slab. Reacţiunea lui Pfeiffer nu da în tot deauna rezultate sigure cu culturi de o virulenţă mai slabă. Pentru culturi cu virulenţă mică se prepara un ser specific pentru vibrioni din acea cultură şi apoi cu acest ser se încerca reacţiunea faţă de o cultură virulentă.

Reacțiunea complementului a fost încercată cu 50 vibrioni, din care s'a produs încetare complectă a hemolizei: 1. 10 vibrioni, izolați din apă, care dau și reacțiunea aglutinărei. 2. 3 vibrioni izolați de la bolnavi de choleră. 3. 8 vibrioni izolați de la indivizi sănătoși.

Dintre cei lalți 29 vibrioni, izolați din apă, care n'a dat reacțiunea aglutinărei, 8 împiedicau cu totul producțiunea hemolizei, 1 în mod încomplect, iar cu cei lalți 20, hemoliza se producea.

Relativ la presistența vibrionilor în intestinele indivizilor vindecați de choleră, afară de cazurile relatate în dările de seamă a laboratorului comunal din Petersburg și a comitetului bacteriologic, a cazului din clinica prof. Tchistovitch în a 41 zi după boală, s'au mai făcut cercetări în aceiași privință în laboratorul de bacteriologie din spitalul Obuchovskaia, s'au examinat scaunele de la 258 indivizi, în convalescență după cholera, din care 76 avusese o formă ușoară, 89 cu forme mijlocii și 93 choleră gravă. In timpul boalei la toți se constatase prezența vibrionilor cholerici.

Examenul bacteriologic se făcuse odată la 49 bolnavi, în două rânduri la 155 bolnavi, în trei rânduri la 44, în 4 rânduri la 7, în 5 rânduri la 2 și mai mult de 5 ori la 1.

Din numărul total de 258 convalescenți, examenul bacteriologic a fost negativ la 250 inși și numai la 8 inși s'au găsit vibrioni cholerici și din acești 8, mai târziu de o săptămână după vindecare (adecă după o săptămână de scaune normale) numai la 3; deci numai la 3,2 din 100 examinați, a fost rezultatul pozitiv. Din cele trei cazuri pozitive mai târziu, în două s'au găsit vibrionii a 18 zi de la începutul boalei și într'un caz a 33 zi după începutul boalei. In primul din aceste cazuri, vibrionii au fost găsiți după două examene bacteriologice cu rezultat negativ. Cele 3 cazuri de prezența vibrionilor după o vindecare complectă clinică arată posibilitatea pentru acei indivizi de a fi fost bacillen-tregeri, dacă ar fi fost concediați din spital. Insă în acelaș timp cercetările de la spitalul Obuchovski fără a exclude posibilitatea contagiunei prin contact cu indivizi vindecați de choleră, arată un prea mic procent de prezența vibrionilor 1,2°/0 după mai mult de 7 zile de la începutul convalescenței, pentru a considera acest fel de contagiune, ca din cele principale în epidemie de choleră.

Technica întrebuințată la laboratorul din spitalul Obuchovskaia pentru diagnosticul și izolarea vibrionilor cholerici era cea preconizată de Abel și Claussen.

Materiile fecale ale bolnavilor se adunau in vase sterilizate, se cauta a nu trece mai mult de oră de timp între luarea probei şi însemânţare. Apoi se însemânţa câte o cantitate de 0,5—1 cm. c. de apă cu pepton; din scaune se lua pentru însemânţare, părticelele mai consistente şi mucozităţi. Eprubetele cu soluţie peptonică se aşezau la termostat la 37° C. şi după 6,18 şi 24 ore se făceau reînsemânţări în eprubete cu agar alcalin. Rezultatul pozitiv se constată mai adese ori, când se făcea reînsemânţare după 6 ore. Din cultură peptonică sau de pe agar se făceau preparate microscopice colorându-se cu fuxină carbolizată. De pe cultură de 18 ore, se lua o picătură şi se amesteca cu 1 cm. c. de ser (din Institutul de medicină experimentală) titrată 1:8000—1:20000, în soluţie de 1:1000 şi se lasă la termostat la 37° timp de 2—3 ore. Se mai întrebuinţa pentru reacţiune de aglutinare şi serul terapeutic anticholeric Şurupoff. Aceiaşi technică se întrebuinţa şi în laboratorul prof. Zabolotny.

De mulţi bacteriologi în Rusia s'a insistat asupra greutăţei în unele cazuri, a diagnosticului diferenţial dintre vibrionii cholerici şi cei choleriformi, mai cu seamă în analizele de apă.

Morfologia vibrionilor, caracterul coloniilor pe diferite mediuri, reacţiunea indolului, îşi au importanţa în fie-care caz special, dar nu se supun la reguli generale. Căutarea fenomenului lui Pfeiffer nu e destul de practic mai ales când sunt multe analize de făcut. In genere diagnosticul se pune după reacţiunea de aglutinare, dar şi aceasta câte odată nu e categorică. Dr. Zlatogoroff a arătat că unii din vibrionii izolaţi din apă nu se agglutinau la început, dar apoi, după mai multe înseminţări succesive, au început a fi agglutinaţi cu serul specific deci erau cholerici.

D-rul Zlatogoroff a indicat ca mijloc de diagnostic şi reacţiunea fixaţiunei complementului după procedeul Bordet-Wasserman. Am văzut că această reacţiune s'a încercat cu mai mulţi vibrioni din epidemia de la Petersburg.

In laboratorul spitalului Obuchovskaia s'au făcut de asemenea cercetări cu reacţiunea complementului în cazuri clinice de choleră asiatică de către Tuşenski. Pentru experienţe se întrebuinţa extractul vibrionilor cholerici izolaţi din scaunele bolnavilor.

Cu aceşti vibrioni se făceau culturi pe agar, timp de 20 ore la termostat la t. 37°; se spălau apoi cu apă distilată, sterilizată, se lăsau 24 ore la termostat la t. 60°, apoi după 48 ore se emulsionau în schuttelaparat, soluția se centrifuga. Se decanta lichidul opalescent, se adăoga ac. carbolic $^1/_2{}^0/_0$ și se întrebuința pentru reacțiune. Se lua câte 0,1 cm. c. pentru fie-care element și se adăuga 0,9 cm. soluție fiziologică pentru ca să facă 1 cm. c. Se lua sânge de la bolnav în cantitate de 2 cm. c., se decanta serul și se aducea în stare de inactivitate punându-l $^1/_2$ oră la t. 56—58°; se lua din acest ser câte 0,2, 0,1 si 0,05 cm. c. și se adaugă soluție fiziologică până să se facă 1 cm. c.

Complementul era ser de cobay preparat în ziua experienței și amestecat cu apă; se lua 1 cm. c. de complement sistemul emolitic se compunea din ser (inactiv) de epure, la care se injectase globuli roșii de berbece și din o emulsie $5^0/_0$ a acestor globuli în soluție fiziologică; se lua 1 cm. c.

Pentru a produce reacțiunea: se amestecau într'o eprubetă emulsiile vibrionilor, serul bolnavului și complementul și se punea la termostat. Peste o oră se scotea eprubeta, la amestecul de mai sus, se adăugau globulii de berbec, și serul emolitic și se lăsa iar la termostat timp de două ore, apoi se scotea și se expunea la frig...

Când emulsia nu se combina cu serul, nu era complementat pentru hemoliză, globulii cădeau la fund; peste globuli rămânea lichidul incolor, ceea-ce arată că hemoliza nu se produsese, reacțiunea era pozitivă (complemental fixat). Când combinația nu se făcea, complemental liber, se producea hemoliza, nu era precipitat, reacțiunea negativă.

După Tușinski reacțiunea se poate considera ca net pozitivă când se oprește hemoliza cu o cantitate de 0,1—0,05 cm. c. de ser al bolnavilor, e încă pozitivă când trebuie 0,2 cm. c. de ser. In experiențele lui Tușinski hemoliza era împedicată chiar când se lua 0,4 de filtrat de vibrioni.

S'au examinat în prezența hemolizei, serurile bolnavilor necholerici (f. tifoidă și enterită); s'a găsit reacție negativă.

La 20 bolnavi de choleră, care n'au fost tratați cu serul Șurupoff, reacțiunea a fost pozitivă de 6 ori.

La 15 bolnavi, tratați cu serul Șurupoff (serul Șurupoff singur dă o reacție net pozitivă) s'a găsit reacțiunea pozitivă de 15 ori.

Tot la laboratorul din spitalul Obucovskaia, s'au făcut și cercetări în privința indicatorului opsoninic ca factor de diagnostic și de prognostic în choleră. Rezultatul acestor cercetări a fost publicat de dr. Ivașențoff. Autorul bazându-se pe cercetări repetate a indicatorului opsoninic la bolnavi cholerici, constată că este în totdeauna deosebit de cel normal. La începutul boalei, în primele zile, indicatorul scade, apoi în timpul vindecărei creşte deasupra normalului. Aceste schimbări a cifrei indicatorului opsoninic în cholerá ar avea oare-care valoare pentru stabilirea diagnosticului boalei. Cât despre valoarea lui ca factor în prognostic sunt prea puţine indicii.

La spitalul Obuchovski s'au făcut cercetări a opsoninelor din sângele de la 65 bolnavi de cholerá 26 suspecţi de cholerá, 6 infirmieri şi infirmiere sănătoşi şi *nevaccinaţi,* şi 7 infirmieri vaccinaţi contra cholerei. Cei mai mulţi dintre bolnavii examinaţi, erau trataţi cu injecţiuni intra-venoase cu soluţie fiziologică. Cercetându-se la câţi-va bolnavi, dacă însuşi injecţiile aveau vre-o influenţă asupra indicatorului opsoninic, s'a constatat că cifra opsoninică nu varia de cât într'un mod foarte neînsemnat înainte şi după injecţie.

Technica urmată pentru determinarea opsoninelor a fost cea indicată de Wright, admiţându-se ca indicator al forţei opsoninice, relaţiunea între indicatorul (puterea) fagocitar al bolnavului şi acela al unui om sănătos. Conform teoriei lui Wrigt, la începutul unei boale infecţioase indicatorul opsoninic e mai mic de 1,0. Apoi cu mersul boalei indicatorul se măreşte. Variaţiunile indicatorului opsoninic la bolnavii de cholerá în mersul boalei, traseurile acestor variaţiuni au fost studiate de dr. Ivaşenţoff.

Examenul indicatorului opsoninic s'a făcut în total în 104 cazuri şi s'a găsit că:

1. La 6 indivizi sănătoşi, nevaccinaţi, indicatorul opsoninic a variat de la 0,8—1,2.

2. La 7 indivizi sănătoşi vaccinaţi contra cholerei, a variat de la 1,0—1,5.

3. La 26 bolnavi, de febră recurentă, de gripă etc., dar suspectaţi de cholerá indicatorul a variat de la 0,8—1,3.

4. La 65 bolnavi de cholerá, din care *28* erau trataţi cu serul Şurupoff (despre care vom mai vorbi) şi *37* netrataţi cu acest ser, s'a constatat la toţi o schimbare însemnată a indicatorului opsoninic, fie că era mult mai mare decât cel normal (1,0) fie că era mult mai mic.

Mărit s'a găsit până de 4 ori, mai mult ca normal şi micşorat până de 8 ori normalul.

Cel mai mult mărit a fost la 25 bolnavi, din care 11 trataţi cu serul Şurupoff, şi 14 netrataţi cu acest ser în a 9—14 zi de boală, la 4 bolnavi dupa 20 zile de la începutul boalei și la 5 bolnavi în prima săptămână de boală. La aceștia indicatorul a crescut până la cifra de 3,4—3,8. Indicatorul a fost găsit micșorat în totdeauna, în primele zile de boală și anume în a 2—6 zi și numai în 3 cazuri din cele cercetate a fost sub normală până la 20—25 zile. Deci micșorarea indicatorului opsoninic a durat de la 0—24 zile, iar cât timp poate dura creșterea lui în alte cazuri nu s'a putut constata, bolnavii eșind din spital vindecați cu un indicator de 2—2,5.

La 14 bolnavi, cari au sucombat, din cari 8 au fost tratați cu serul Șurupoff și 6 netratați cu acest ser, și la care moartea a survenit după un interval de timp, care a variat de la 2—11 zile, indicatorul opsoninic a fost și el deosebit: la 9 bolnavi, a fost de 0,2—0,6; la 3 a fost și de 1,0 (normal); la 2 după injecție se ridicase chiar până la 2,0.

Din observațiunile bolnavilor studiate de dr. Ivașențoff, s'ar părea că nu există întotdeauna relație directă între indicatorul opsoninic și forma clinică a boalei, dar totuși mai în toate cazurile, indicatorul opsoninic a crescut în timpul vindecărei bolnavului o vindecare repede și fără complicațiuni a coincidat cu creșterea indicatorului; din contră în forme mai grave, cu convalescența lungă, în acele însoțite de o formă tifică indicatorul se ridica d'abea în a 20 zi. In cazuri grave și mortale indicatorul forței opsoninice scădea brusc sub normal.

Autorul lucrărei citate crede, că nu se poate încă stabili că *opsoninele* ar fi substanțe care nimicesc infecțiunea și produc vindecarea, dar totuși deduce din faptele observate în cholerá, că existența unui indicator opsoninic mare, arată că organismul e mai tare decât infecțiunea.

Vorbind de cercetările bacteriologice, care s'au făcut cu serul sanguin a bolnavilor de cholerá, în timpul ultimei epidemii în Rusia, căutându-se a găsi în proprietățile acestui ser față de vibrioni cholerici, elemente pentru diagnostic și prognostic, trebue să citez și lucrările făcute în privința proprietăței de aglutinare a sângelui cholericilor față de vibrionii specifici.

Am vorbit despre cercetări în privința proprietăței de aglutinare a sângelui indivizilor immunizați contra cholerei. D-na dr. Kopp a cercetat sângele de la bolnavi de cholerá și anume de la *24* bolnavi tratați cu serul Șurupoff, și la *32* bolnavi netratați cu acest ser. Voi descrie mai departe în observațiuni asupra tratamentului cholere în Rusia, acţiunea acestui ser, se ştie că posedă un titlu aglutinativ mare de 1 : 10.000, deci prin tratamentul cu acest ser se poate prevede, că se introduce în organismul bolnavului o cantitate mare aglutinine, care pot comunica sângelui bolnavului proprietatea de aglutinare.

La cei *24* bolnavi, examinaţi de d-na dr. Kopp, trataţi cu acest ser, s'a găsit aglutinarea, la 13 bolnavi în mod constant în primele zile în proporţie de 1 : 25—1 : 100. Proprietatea de aglutinare a dispărut a 10—11-a zi de boală. La alţi bolnavi, aglutinarea a lipsit la început şi înainte de injecţie, a apărut imediat după injecţia cu ser şi a dispărut mai târziu.

La cei *32* bolnavi netrataţi cu ser; la 13 s'a produs reacţia de aglutinare faţă de vibrionii specifici în a 2—12 zi, la 2 a fost negativă, la 1 a apărut a 5-a zi, la 2 în a 6-a zi etc., în proporţie de 1 : 10 — 1 : 100 până la 16—18 zi.

Autoarea lucrărei observă că gradul de gravitate al boalei n'are influenţă asupra apariţiunei aglutinărilor în sângele bolnavilor. Totuşi în forme clinice grave aglutinarea apare de obicei mai târziu de cât în cele uşoare. Aglutinarea apare de obicei în sângele bolnavilor după dispariţia simptomelor de choleră deci n'are atâta valoare pentru diagnosticul boalei. Prin tratamentul cu serul Şurupoff se introduc aglutinine în organism şi aglutinarea apare imediat după injecţie şi ţine 9—10 zile, apoi dispare. Când bolnavii nu sunt trataţi cu ser se formează aglutinine în organism, dar mai târziu, apărând proprietatea de aglutinare a 10-a zi; însă această rezistenţă activă a organismului, când e lăsat proprielor sale puteri, e slabă şi dispare repede. Ast-fel s'ar explica şi recidivele de boală.

Dintre lucrările în privinţa proprietăţilor şi a particularităţilor vibrionilor cholerici izolaţi în epidemia de la Petersburg şi din acelaş an în alte localităţi, un oare-care interes prezintă lucrarea lui Jirnoff, din laboratorul prof. Zabolotny de la Institutul de medicină experimentală din Petersburg. Dânsul, a studiat influenţa diferitelor condiţiuni asupra vitalităţei şi asupra proprietăţei de a se aglutina cu serul specific. Atât în timpul epidemiei din 1907 în localităţile de pe Volga, cât şi în epidemia din 1908 de la Petersburg, precum am mai spus, au fost adese ori izolaţi vibrioni, atât din apă cât şi de la bolnavi, cari aveau toate proprietăţile caracteristice vibrionilor cholerici, dar care se aglutinau foarte slab, sau de loc la început. Se poate presupune după părerea multor bacteriologi, că ar exista împrejurări, cari pot micşora această proprietate caracteristică de aglutinare a vibrionilor cholerici, deci micşorează şi vitalitatea vibrionilor. In lucrarea suscitată s'au studiat acţiunea diferiţilor agenţi şi a mediurilor de cultură, asupra unui număr de 6 culturi de vibrioni din diferite provenienţe: 3 de la Astrahan, 1 din Samara, 1 de la Petersburg, 1 de la laboratorul din Kronstadt (pentru control).

Pentru cercetarea aglutinărei, se întrebuinţa un ser la titru = 1 : 20,000.

Intrebuinţând *agarul* simplu ca mediu de cultură s'a constatat, că vibrionii din culturile de la Astrachan şi Samara, care la început se aglutinau în proporţie de 1 : 2000, în Noembrie s'au aglutinat 1 : 5200, în Decembrie 1 : 8000, în Februarie 1 : 10,000. etc. Astfel însemânţările succesive pe agar măresc proprietatea de aglutinare, fapt citat şi de alţi autori. Adausul de glicerină, zahăr, etc., la agar n'au influenţă.... In culturi, în ser de cal *lichid* proprietatea de aglutinare, creşte şi mai repede, dar apoi scade. Culturi pe *ser solidificat*, până în 24 zile, aglutinarea din ce în ce mai manifestă şi în soluţie mai slabă. După 90—120 zile aglutinarea scade sub normal. In *urină* de om vibrionii cresc bine, dar aglutinarea rămâne aceiaşi.

Cu *apă* s'au făcut mai multe experienţe, de oare-ce tocmai vibrioni din apă mai adese-ori se aglutinează mai greu. Diferitele varietăţi de vibrion s'au însemânţat de autori în eprubete cu apă din diferite provenienţe care se expuneau unele la lumină, altele se lăsau la întuneric. Din fie-care, unele se aşezau în termostat la 37°, altele la + 4°C. Apoi din fie-care eprubetă, se însămânţa pe agar.

S'a constatat din aceste experienţe că lumina n'are nici o influenţă asupra vitalităţei şi a gradului de aglutinare a vibrionilor atât a celor din apă, cât şi din alte medii. Insemânţările succesive au mai arătat că vibrionii cholerici pot trăi în apa din Neva, lipsită de alţi microbi saprofiţi, la temperatura din casă în timp de 29 zile maximum. La o temperatură 4—5°C. trăiesc tot cam atât 20—22 zile. La temperatură de 35—37°C. vibrionii păstrau facultatea de a se înmulţi şi după 67—73 zile.

Apa din râul Volga e mai favorabilă vitalităţei vibrionilor cholerici, în aceasta au trăit 40—42 zile la temp. 16°C. Ingheţând culturile, vibrionii au pierit; în nici un caz nu s'au produs culturi prin însemânţări după desgheţare.

Experienţele de însemânţări repetate după răstimpuri diferite din apă pe agar, au arătat că vibrionii nu se înmulţesc în apă. Agitarea apei scurta, viaţa vibrionilor. Aglutinarea vibrionilor însemânţaţi în apă nu se schimba mult; la început devenea mai mare apoi după 60 zile la 37°, devenea din în ce mai slabă; după însemânţări pe alte mediuri şi mai ales pe agar, aglutinabilitatea vibrionilor din apă creştea repede.

Zlatogoroff, a constatat din contră o scădere, a proprietăţei de a se aglutina, a vibrionilor puşi în apă de la 1 : 10,000 la 1 : 5,000 chiar în primele 12 zile. După experienţele lui Jirnoff proprietatea de aglutinare, scade la vibrionii cultivaţi pe mediuri puţin hrănitoare, dar se restabileşte imediat ce sunt trecuţi pe un mediu mai hrănitor.. In *apă* destilată vibrionii pier foarte curând.

Apa de zăpadă topită se compoartă faţă de vibrioni ca şi apa filtrată din conductele de apă. Vibrionii trăesc cam o lună de zile, fără a se înmulţi şi fără a-şi pierde proprietatea de a se aglutina. In soluţie fiziologică de Na Cl, vibrionii trăesc mult timp câte 63 zile şi mai mult, fără să se schimbe capacitatea de agglutinare.

Din experienţile Dr. Jirnoff eşea că proprietatea de a se aglutina este una din proprietăţile cele mai stabile ale vibrionului choleric si caracteristică pentru diagnosticul lui. Nici un vibrion choleriform izolat din apă, n'a putut fi aglutinat. Prin trecere, prin corpul animalelor, a cobaylor, toţi vibrionii îşi măreau capacitatea de a fi aglutinaţi. Vibrionii cholerici expuşi la emanaţiuni de radium, căpătau după puţine zile o capacitate de a fi aglutinaţi mult mai mare până la 1 : 40,000.

La laboratorul bacteriologic a comitetului medico-militar din St. Petersburg, dr. Gusareff a studiat cultivarea vibrionilor cholerici pe substanţe alimentare, aceasta din punct de vedere a posibilităţei de contagiune prin substanţe alimentare. In experienţele lui a găsit, că:

1. Laptele *sterilizat* este unul din mediurile cele mai favorabile creşterei şi înmulţirei vibrionilor cholerici. Vibrionii cultivaţi pe lapte îşi schimbau forma, luând aspectul de ţiricele lungi, care pierd din ce în ce forma de vibrioni virgule caractistice. Laptele ia aspectul din ce în ce mai gros, apoi începe să se asemene cu scrobeala fiartă, capacitatea de aglutinare nu se schimbă. Reacţiunea laptelui devine tare alcalină.

In laptele *nesterilizat* vibrionii cholerici piereau când laptele era pus la termostat peste 24 zile, când era lăsat la temperaautra casei peste 48 ore, când era lăsat în pivniţă trecea 6—7 zile; cei-lalţi microbi luau repede locul vibrionilor cholerici, înainte de toate bacilus butyricus, apoi microbul acidului lactic, stafilococi, streptococi, miccrocus mesenbricas şi oidium lactic, Reacţiunea chimică a laptelui avea cea mai mare înfluenţă asupra vitalităţei vibrionilor cholerici; îndată după închegarea laptelui vibrioni piereau.

In privinţa acţiunei acidificaţiei laptelui asupra vibrionului choleric în societatea microbiologică din St. Petersburg a fost făcută o comunicare şi de Berdinkoff la 20 Februarie 1909. Aceasta expermentanel în laboratorul institutului de medicină expermentală Alexandru I, de la Kronstadt, cu diferite varietăţi de lapte acru, covăsit, iaurt etc. a ajuns la concluziunea că: toate varietăţile de lapte covăsit, din diferite ţări, anume cel tătar (catâk) cel egiptean (Leben), armenesc (magun) bulgăresc (iugurt) conţin ca agent activ aceleaşi lacto-baccil. In aceste lăpturi, precum şi în acel acidificat printr'o cultură pură de lacto-baccil, vibronii cholerici pier în 24 ore la t. de 37° C. Din acest fapt dr. Berdinkoff deduce pe de o parte că aceste produse nu pot transmite cholera, de altă parte posibilitatea de a ne folosi de acţiunea lacto-baccililor asupra vibrionilor cholerici în profilaxie şi ca adjurant poate şi în tratamentul cholerei.

Influenţa unor împrejurări asupra resistenţei organizmului faţă de infecţia cholerică a fost aratată şi în experienţele făcute de Kryanowski. Acest autor lucrând asupra stabilirei după Pfeiffer a titrurilor serurilor cholericilor, s'a servit de o cultură de vibrioni, pe care pentru a-i mări virulenţa a trecut'o printr'o serie de 17 cobay.

După ce a stabilit doza minimală de vibrioni 1 : 300 mortală pentru cobay, în timpul verei, a încercat virulenţa aceleiaşi culturi pe cobay în timp de iarnă, şi a găsit că: sau virulenţa devenise mai mare, sau că resistenţa cobaylor scăzuse iarna, de oare-ce doza toxică minimală de vibrioni era acum de 1 : 50.000. Autorul din această experienţă ajunge la presupunerea că: 1. Rezistenţa organizmului cobaylor la infecţia cholerică se micşorează mult în lunile de iarnă; 2. că doza mortală, minimală de vibrioni cholerici poate servi nu numai ca măsură virulenţei vibrionului ci şi ca măsură rezistenţei organizmului cobaylor faţă cu infecţia cholerică. Deci faţă de aceiaşi infecţie cholerică organizmul se va comporta în mod deosebit după diferite împrejurări în care trăeşte, anotimp etc.,

V.

Cercetările făcute în Rusia în privinţa toxinei cholerice, a endotoxinei şi anti-endotoxinei cholerice. (Serul anticholeric Şurupoff).

Incă din anul 1892, bactereologii ruşi s'au ocupat cu cercetări asupra toxinei cholerice. După părerea lui N. Gamaleia, a cărui cercetări în privinţa compoziţiei chimice a toxinei cholerice au fost publicate în 1892 în „Archives de médecine expérimentale“ toxina cholerei ar face parte integrantă din corpul microbilor cholerici şi că atare n'ar fi o toxină adevărată ca cea difterică sau tetanică, din punct de vedere chimic o nucleină.

Deci după părerea lui Gamaleia, împărtăşită şi de Pfeiffer şi alţi, toxina cholerică ar fi o *endotoxină*, nu e excretată de microbi, şi devine liberă numai după moartea şi dezagregarea corpurilor microbiane. Această *endotoxină* sub influenţa fierberei, încălzirei timp îndelungat la 60°, a alcoolui, etc., se transformă într'o toxină secundară, mai puţin tare.

O altă părere, bazată de asemenea pe cercetări făcute în ultimii ani este acea susţinută de Behring, Ransom, Metchnikoff şi în fine Salimbeni (lucrarea din „Annales de l'Institut Pasteur“ 1908) după care vibrionii cholerici produc o toxină solubilă.

In Rusia una din ultimele lucrări, în privinţa compoziţiei chimice a toxinei cholerice a fost acea publicată de prof. Dr. Kravkoff în Aprilie 1909 şi făcută la laboratorul de therapie de la Academia militară de Medicină.

Bazat pe experienţe şi observaţiuni pe animale, despre care vom pomeni numai de cât, Kravkoff e de părere că a ajuns să extragă din culturi de cholera, o substanţă de compoziţie determinată, *nucleoproteid*, care experimentat pe animale ar da simptome de intoxicaţie absolut identice, cu acele observate la animale înfectate cu culturi vii de vibrioni cholerici, şi foarte asemănătoare cu simptomele cholerei asiatice la om. Acţiunea acestui nucleoproteid e specifică zice autorul — căci nucleo-proteizi extraşi prin acelaşi procedeu de la alţi microbi nu produc aceste simptome de intoxicaţie.

Pentru extragerea acestei toxine cholerice din corpul vibrionilor, autorul s'a servit de procedeul pe care-l propusese încă în anul 1901 pentru analizarea chimică a microbilor graţie căruia a putut determina compoziţia chimică a substanţelor nucleice ale corpului microbilor (a analizat bac. pyocianeus, stafilococcus pyogenes aureus etc.) Pentru lucrarea din anul curent, d. Kravkoff s'a servit de vibrioni cholerici din ultima epidemie la St. Petersburg, din clinica de la bolnavii prof. Tchistovitch. Culturile de vibrioni se făceau în bulion peptonizat după Kraus, se întrebuinţau culturi de 7, 12 şi 20 zile. Cultura de vibrioni crescută pe bulion se amestecă cu soluţie concentrată de acetat de Cu şi soluţie slabă de sodă caustică. Se produce precipitat şi deasupra un lichid transparent care devine violet (reacţiunea biuretului) — se repetă până se capătă lichid, care remâne transparent, deci nu mai dă reacţiunea biuretului, cea ce indică că substanţele albuminoide s'au extras. Lichidul tot, care a dat reacţiunea biuretului se filtrează şi filtratul se tratează cu acid acetic slab. Se produce un precipitat, flocos, care spălat, filtrat, tratat cu alcool dizolvat în ether etc. se transformă într'o pulbere gălbuie. Autorul a reuşit să prepare din 8 litri de culturi de vibrioni cholerici, mai mult de 2 grame din această substanţă, care după reacţiunile ei chimice e asemene substanţelor albuminoide extrase prin acelaşi procedeu din alţi microbi şi este un nucleo-proteid. Această substanţă albuminoidă e insolubilă în apă, în soluţii slabe de seruri şi acizi, se dizolvă bine în soluţii concentrate acide şi alcaline, etc.

Nucleo-proteidul choleric extras de autor, s'a arătat toxic faţă de diferite animale: epuri, cobayi, câini, porumbei şi broaşte. Cele mai sensibile animale au fost epurii şi cobayi, mai ales cei tineri, se ştie că infecţia experimentală cu vibrioni cholerici nu produce tocmai la aceste animale simptome choleriforme.

Nucleo-proteidul choleric a fost introdus la aceste animale prin injecţi intra venoase, sub cutanate, intra peritoneale şi pe calea gastro-intestinală. .. Doza toxică mortală de nucleo-proteid choleric pentru epuri şi cobay, în injecţie subcutanată a fost găsită ca fiind cam de 0,01—0,02 la 100 grame. După o injecţie subcutanată de nucleo-proteid choleric în soluţie alcalină la epuri şi cobay, animalul devine mai întâiu agitat. Apoi se linişteşte, devine somnolent Apare dispnee, urechile şi extremităţile devin reci, apoi se cianozează. Temperatura corpului scade, în câte-va ore de la 39° la 29°. Câte odată se ridică apoi, şi din nou scade, sau ia o curbă tipică şi animalul se vindecă. Odată cu scăderea temperaturei, animalul începe să tremure, apoi încep contracturi. Simptomele din partea tubului gastro-intestinal apar foarte repede după introducerea toxinei;

la început scaunele devin mai dese, păstoase şi în fine subţiri, apoase.

Diareea se observă mai ales după doze mai mici de toxină şi mai ales când se introduce direct în intestine. După doze mortale, diarea nu apare de obiceiu, cea ce se explică prin paralizia intestinelor, intestinele rămân pline de lichid, care din cauza absenţei contracţiunilor peristaltice nu este dat afară. In această privinţă, simptomele ce se observă, seamănă cu forma clinică de cholera sicca. Vărsături la epuri nu se observă, la cobay numai mişcări spasmodice. . . Respiraţia devine din ce în ce mai dispneică, în fine se opreşte, animalul moare cu contracturi. . . In acelaş timp pe lângă alte simptome se observă o slăbiciune progresivă. Intotdeauna sunt şi simptome de nefrită, albuminurie şi anurie.

La autopsia animalelor: rigiditatea cadaverică apare 15—20 minute după moarte. Leziunile anatomo-patologice identice cu acele care se găsesc la animale otrăvite cu culturi vii de vibrioni cholerici. Leziunile cele mai caracteristice în mucoasa intestinului subţire, şi leziuni de nefrită parenchimatoasă.

Experimentări în privinţa specificităţei toxinei cholerice găsite de Kravkoff, în sensul immunizărei animalelor nu s'au făcut încă, deci nu poate fi vorba încă de valoarea terapeutică a nucleoproteidul extras de Kravkof, ar face parte integrantă din corpul vibrionului choleric, căci nu se găsesc în mediul pe care creşte. Deci ar fi conform cu părerea lui N. Gamaleia că toxina cholerică ar fi o endo-toxină, şi după părerea chiar a autorului, ar avea multe puncte de asemănare cu toxina cholerică descrisă de Gamaleia.

In vederea căpătărei unui ser terapeutic anticholeric în timpul ultimei epidemiei s'au mai în Rusia în ultimul an şi alte cercetări, din care cea mai importantă e fără îndoială acea a magistrului în sc. veter. I. Şurupoff, de la Kronstadt asupra endotoxinei şi antiendotoxinei cholerice.

In epidemia de choleră din Rusia pe Volga în 1907 şi 1908 şi la Petersburg în 1908 s'au experimentat în spitale serul anticholeric lui Kraus din Viena, căpătat prin immunizarea animalelor cu filtrate din cultură pe bulion ale vibrionului choleriform (Eltor); de asemenea s'a experimentat serul anticholeric preparat de Salimbeni în anul 1908 prin immunizarea cailor cu injecţii intravenoase cu culturi de vibrioni cholerici vii. Voiu arăta mai departe rezultatele obţinute în spitalele din St. Petersburg în urma tratamentului cu aceste seruri.

Mag. Șurupoff susținând părerea lui Pfeiffer că substanța toxică a vibrionului choleric ar fi o *endotoxină*, care face parte integrantă din corpul vibrionului și se capătă numai prin distrugerea și dezagregarea acestuia, a căutat să extragă această endotoxină.

Procedeul cu care a reușit a o face, a fost publicat acum în ultimul timp. A întrebuințat pentru extragerea endotoxinei culturi de vibrioni cholerici pe agar.; pentru a avea culturi mai virulente, a întrebuințat, vibrioni izolați din scaunele bolnavilor din ultima epidemie. Culturile crescute în eprubete Roux, se spală apoi cu apă sterilizată distilată, se filtrează, se tratează cu soda caustică sol $5^0/_0$ în care vibrionii cholerici se distrug. Substanța căpătată care are aspectul albușului de ou, se lasă la termostat la 37° două trei ore, este apoi tratată cu acid acetic $5^0/_0$ până la neutralizare. Precipitatul produs, se spală și se centrifugează și se usucă în cesci Petri în vacuum. Pulberea căpătată prin acest procedeu, a fost experimentată de Șurupoff pe animale de laborator (cobayi, epuri și șoareci).

Din precipitatul obținut, Șurupoff, deosebise două părți; o parte mai groasă care cădea la fund precipitatul A. și stratul floconos de deasupra care nu se lăsa la fund: precipitatul B. Injectând animalelor din laborator, lichidul care servise la spălarea culturi și lichidul cel transparent de deasupra precipitatului nu s'a produs la aceste nici un fenomen toxic.

Din contra cobayi, la care autorul injecta în cavitatea peritoneală, preparatul A. sucombau după o doză de 0,0005 gr. peste 19 și 21 ore; dacă doza injectată era de 0,001 gr. moartea se producea după 9 și 11 ore. De asemene la epuri și șoareci.

Simptomele observate la animalele, cărora li se injectase acest preparat constau, într'o sensibilitate mare, dispune apoi contracturi, diaree adese sanguinolentă și anurie. Temperatura scade la 32°5°-34°8.

Preparatul B. injectat fiind la animale n'a produs de cât o indispoziție ușoară fără nimic caracteristic.

Din experiențele sale, Șurupoff conclude că numai preparatul A. obținut prin distrugerea corpurilor vibrionilor cholerici, cu alcaline și precipitarea substanței cu acid acetic, urmată de centrifugare și spălare a filtratului cu apă distilată conține endo-toxina vibrionului choleric.

Simptomele obținute prin intoxicarea experimentală a animalelor din laborator cu această endotoxină seamănă mult cu simptomele de cholera la om.

După ce a obţinut endotoxina vibrionului choleric Şurupoff a immunizat cai, introducându-i endotoxina direct în sânge prin vena jugulară. Simptomele observate la cai, imediat după injecţie seamănă cu tabloul intoxicaţiei cholerice. Imediat după injecţie, o stare comatoasă apoi, dispnee, cianozarea mucoaselor; peste o jumătate de oră somnolenţa, anorexie, pielea rece, pulsul filiform; diaree care ţine 2—3—6 ore, temperatura sub normală; apoi când animalul n'a sucombat peste 6 ore, diarea dispare, temperatura se ridică până la 40° câte odată şi peste 1—2 zile, animalul se restabileşte. Nu toţi caii au reacţionat în acelaş mod... La toţi caii injectaţi, atât intra venos cât şi sucutanat a fost şi anurie.

Şurupoff injectează în sângele cailor endotoxină de virulenţă următoare: 1 cm. c. de această endotoxină omora un cobay de 200,0 în 6 ore. Cantitatea endotoxinei injectate prima oară cailor e egală 5—10 cm. c. Apoi injecţia era repetată cu aceiaşi cantitate şi nici odată mai mult de 10 cm. c. odată, după ce calul era complect restabilit şi anume peste 5—7—10 zile... Sângele de la cai immunisaţi se lua după 15—20 zile de la ultima injecţie şi serul după decantare era încercat dacă posedă proprietăţile specifice—de aglutinaţie, bactericide, preventive şi terapeutice—serul Şurupoff, aglutinează vibrioni cholerici până în proporţie de 1:35000. Acest ser precipită din soluţie endotoxină cholerică. Proprietăţi bactericide nu posedă.

Proprietăţile preventive şi terapeutice au fost întâi încercate tot pe cobayi, intoxicaţi cu endotoxină. Serul terapeutic anticholeric Şurupoff, a fost experimentat pe bolnavi de choleră în Rusia în cursul ultimei epidemii: la Ţariţin de Berdnikoff la Astrachan de prof. D. Zabolotny, la Rostov pe Don de Wissokovitch şi Kusneţar, la Saratov de Haller, la Kronstadt de Isaeff şi la Petersburg în mai multe spitale, dar în mod sistematic numai în Baratchnaia Botkin şi în spitalul Obuchovskaia.

Rezultatele obţinute prin introducerea acestui ser anticholeric în terapia cholerei le voiu arăta pe rând, vorbind în acelaşi timp, de încercări cu serurile terapeutice Kraus şi Salimbeni, făcute de asemene în unele spitale din Petersburg, trecând acum la descrierea formelor clinice şi a terapiei întrebuinţate în ultima epidemie de choleră la Petersburg.

(Va urma)

FAPTE CLINICE

Medic Maior Dr. CONSTANTIN URDĂREANU

Strabism convergent mono-lateral drept cu ipermetropie

Strabotomie şi scurtarea muşchiului drept extern
(avancement musculaire)

Instinctul vederei binoculare este un obstacol la dezvoltarea strabismului, căci liniile vizuale se unesc într'un singur punct şi care la unii copii nefiind bine dezvoltat face frecuenţa acestei afecţiuni în prima copilărie. De atunci el începe a se manifesta prin deviaţia periodică a axelor vizuale, iar cu timpul devine permanentă. Oftalmologiştii atribue origina strabismului la două cauze: cerebrală şi oculară.

Cauzele cerebrale sunt: maladiile nervoase din prima copilărie şi ereditatea. Sifilisul ereditar opreşte dezvoltarea unor centre nervoase şi după Fournier şi Antonelli, frecuenţa strabismului la eredo-sifilitici.

Aşa dar nevropatiile constitue predispoziţia, care asociată la ametropii sunt origina strabismului.

Cauzele oculare sunt: viciile de refracţie şi leziunile care fac acuitatea vizuală inegală în ochi şi împedică dezvoltarea convergenţei fie prin intermediul acomodaţiei sau prin intermediu reflexului reţineri de convergenţă.

Naturalistul Buffon el însuşi strabic îl explică prin inegalitatea de forţă a ochilor. Ochiul cel mai slab jenează pe cel-alt la vedere şi după cât-va timp el nu mai ia parte la vederea binoculară şi începe a deveni strabic.

Donders a demonstrat că strabismul este consecința viciilor de refracție în virtutea relațiunilor dintre acomodație și convergență.

Parinaud adaugă că acomodația fiind rezultatul unei acțiuni cerebrale, tot ce turbură dezvoltarea acestei acțiuni în prima copilărie devine o cauză de strabism.

Morax și aproape toți oftalmologiștii admit astă-zi că strabismul este rezultatul turburărilor oculare și mai ales a viciilor de refracții și ca consecință anizometropia.

Anizometropia este diferența de refracție între ochii aceleiași persoane. Anizometropul poate avea un ochiu miop, altul ipermetrop; un ochiu astigmat cel-alt emetrop; un ochiu miop, cel-alt aphak.

Dacă această diferență de refracție este mare, vederea binoculară și devine strabic.

Strabismul convergent se dezvoltă mai lesne ca cel divergent, el începe între 2—4 ani și este mai frecuent la persoanele ipermetrope. Donders l-a găsit în 77°/₀. Ochiul ipermetrop fiind scurt, face eforturi de acomodație pentru a aduce pe retină imaginea care tinde a se forma înapoi.

Strabismul îndată ce începe a se manifesta trebue oprit a se dezvolta și examinând acuitatea vizuală a copilului și constatând viciul de refracție se începe tratamentul: 1-iu prin oclusiunea fiecărui ochiu de mai multe ori pe zi pentru a exersa vederea în ochiul strabic; 2. se paralizează acomodația constatându-se gradul anizometropiei și se începe prin portul continuu de ochelari, până ce se restabilește vederea binoculară.

Morax recomandă paralizia complectă a acomodației prin alegerea de ochelari, iar la copii mici, ce nu pot purta ochelari, paralizia complectă a acomodației pentru a opri un strabism periodic, ce se transformă în strabism fix și un strabism monolateral în strabism alternant și a preveni ast-fel dezvoltarea ambliopiei. Apoi exercițiile stereoscopice aplicate în mod metodic. Dacă prin aceste nu se obține rezultatul dorit recurgem la intervențiunea chirurgicală numită strabotomie.

Stromayer în 1838 a avut primul ideea de a remedia strabismul prin secțiune musculară. Roux, Velpeau practica asemenea myotomia antistrabică.

Bonnet din Lyon a înlocuit myotomia prin tenotomie, aceia care se practică astă-zi.

De Graefe, Morax susțin că efectul tenotomiei este mult mai pronunţat la copii ca la tineri şi cu cât tenotomia se face mai din copilărie efectul va fi mai bun, căci ţesuturile n'au timp să se retracteze.

Pentru a micşora şi mai mult strabismul, Critchett a avut ideia de a fixa tendonul muşchiului opus la conjunctivă prin sutură, făcând avansarea musculară spre a obţine reducerea şi mai mult a strabismului. Morax, scoate o parte din tendonul muşchiului opus spre a se reduce cu totul strabismul.

Prezint aci observaţia soldatului Păun Marin, conting. 1909, Comp. II S. cu strabism convergent mono-lateral drept cu ipermetropie trimes în cura Spit. Militar Regina Elisabeta serviciul boalelor de ochi şi urechi.

Din anamneza sa reese că acest soldat de 22 ani, musculatura dezvoltată, statura mijlocie, are fraţi şi surori sănătoşi, părinţii trăesc şi sunt sănătoşi. Atât ca copil cât şi în armată a fost tot-deauna sănătos.

Prezintă la ochiul drept strabism convergent de 8°. Examinat la lumina oblică pupilele egale şi reacţionaază, nu se observă pe cornee nici o pată, nici opacitate în cristalin sau corpul vitros. Fundul ochilor normal. Câmpul vizual micşorat la OD. Nu se observă nici ambliopie nici discromatopsie vederea este OSV = 1; ODV $^1/_6$.

Am procedat la strabotomie, după ce am făcut asepsia globului ocular, pleopelor şi părţilor vecine şi am cocainizat globulul ocular cu cocaină $1^0/_0$; am depărtat pleoapele şi le-am fixat; cu pensa am fixat o plică a conjunctivei aproape de bordul intern al corneei, am făcut o butonieră cu foarfecile, am băgat butoniera în sus şi în jos şi cu cârligul de strabotomie am căutat tendonul muşchiului drept intern şi după ce l-am prins cu cârligul, l-am secţionat cu foarfecile de la inserţiunea sa chiar lângă marginea corneei. Am prins în cârlig şi inserţiunile radiate ale muşchiului de la capsula lui Tenon şi le-am secţionat.

Am oprit hemoragia şi desinfectat plaga şi punându-l să mişte globul ocular, am văzut că îl mişcă cu înlesnire, iar deviaţiunea se redusese mult. Am aplicat 2 puncte de sutură pentru a închide plaga conjunctivală.

Am complectat operaţiunea prin scurtarea muşchiului antagonist, după cocainizare tot cu $1^0/_0$ şi pe traectul muşchiului drept extern dinapoia corneei cu o pensă am apucat peste conjunctivă o porţiune din muşchiu şi l-am fixat, iar la bază am aplicat o sutură dublă și am micșorat o porțiune din mușchiu. Am aplicat un monoclu și repaus în pat. După 8 zile am scos firele de sutură și măsurând direcția am găsit-o micșorată cu 5 grade. I'am prescris ochelari de $+ 2^d$ și opaci în $^1/_2$ internă spre a-l forța să privească, înainte cu ambii ochi și a corija și ipermetropia. $OSV = 1$; $ODV = ^1/_6 + 2^d \ V = ^1/_3$.

Prezint încă 2 observațiuni anterioare de strabism convergent mono-lateral drept cu ipermetropie.

1. D-șoara *A. I.* de 18 ani cu strabism convergent la ochiul drept cu vederea la $ODV = ^1/_6$. $OSV = ^2/_3$. Strabotomie cu scurtarea muschiului dreptul extern și corijarea cu $+ 1{,}50^d$. După 6 luni OD $+ 1{,}50^d \ V = ^1/_2$, $OSV = ^2/_3$. Se vede dar că corecțiunea cu ochelarii a readus vederea binoculară căci strabismul aproape dispăruse. Se mai observa după mult citit sau lucru.

2) D-ra *B. D.* de 22 ani cu strabism convergent la OD. Cu $ODV = ^1/_4$: $OSV = 1$. Strabotomie și scurtarea mușchiului drept extern drept și corijarea de $+ 2^d$. După 8 luni OD $+ 2^d \ V = ^2/_3$. Sc vede dar că portul continuu de ochelari a readus aproape vederea binoculară, căci strabismul rămăsese numai periodic și mai ales după multă oboseală, citit, lucru.

Concluziuni

1. Strabotonıia corijind deviația face ochiul apt pentru vederea binoculară.

2. Strabotomia și corecțiunea viciului de refracție prin portul continuu de ochelari convexi pentru ipermetropi, face ca vederea la ambii ochi să devină egală; deci ambii ochi iau parte la vederea binoculară.

III. Ca consecință deviația strabică se reduce mult și dispare, une-ori devine mai întâi periodică și cu timpul se vindecă complect, după cum se observă în cele două din urmă observațiuni.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic Colonel Dr. MIHAIL CĂLINESCU

DARE DE SEAMĂ

DE

MIŞCAREA BOLNAVILOR DIN SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA“ IN LUNILE IUNIE ŞI IULIE

In decursul acestor luni s'au dat îngrijiri medicale la un număr de 1.733 bolnavi cu un număr de 20.067 zile.

Bolnavii au fost repartizaţi pe servicii după cum urmează:

I. Serviciul Medical

In *Serviciul Medical* au fost trataţi 495 bolnavi, 109 vindecaţi amelioraţi şi statu-quo câte 5,48 evacuaţi, 144 concediaţi, 56 reformaţi, 7 morţi.

Tuberculoza pulmonară ocupă un loc destul de însemnat; 8 tuberculoză pulmonară, 3 bronchite suspecte, 2 tuberculoză generalizată cu debut pleural, 1 pneumonie cazeoasă, 44 pleurite, 2 pleurite cronice, 1 hemoptizie; la acestea trebue să adăogăm şi 4 pleuroperitonite cu forma ascitică.

Pleurezia cu 44 cazuri din cari 40 cu exsudat. Exsudatul a fost de 25 ori sero-fibrinos, de 5 ori hemoragic. Lichidul s'a examinat din punct de vedere citologic în 22 cazuri şi s'a găsit de 21 ori limfocitoză exclusivă, 1 dată polinucleoză. Pleurita a fost febrilă în

27 cazuri şi apiretică (sau aproape) în 17 cazuri; febra s'a urcat rar peste 39°, luând une-ori tipul inversat. Exsudatul a necesitat toracenteza în 6 cazuri; s'a extras 1.200 gr. în 3 cazuri 700, 1.500, 900 în alte cazuri; lichidul s'a reprodus la 2 bolnavi, a devenit purulent la unul. In general s'a observat tendinţa la resorbţiunea lichidului. Celelalte boale ale aparatului respirator, cele acute în special sunt în mare scădere; 2 pneumonii (1 intrat) faţă de 17 în luna trecută, 5 bronchite acute faţă de 24 în aceiaşi lună.

La boalele tubului digestiv, icterul cataral se menţine, iar dizenteria creşte (6 cazuri faţă de 3). Am avut în serviciu şi un caz de icter grav care s'a terminat foarte repede prin moarte; bolnavul vine în serviciu seara la 13 Iunie pentru dureri apendiculare; are dureri în fosa iliacă dreaptă şi sub icter al conjonctivelor; la 14 icterul se pronunţă, durerile sunt amendate; la 15 seara somnolenţă invincibilă; în noaptea de 15—16 bolnavul e foarte agitat, devine inconştient, delir violent; agitaţia durează la 16 Iunie până la ora 3 p. m. când încetează; insensibilitate, reflexele sunt abolite; retenţie de urină care se evacuează cu sonda. De aci anemie complectă şi la 17 dimineaţa bolnavul intră în agonie şi la 1,40 p. m. sucombă cu 39° de unde până aci fusese apiretic. La autopsie se găseşte ficatul cu degenescenţă grăsoasă; la examenul microscopic degenerescenţă grăsoasă acută a ficatului şi degenerescenţa rinichiului, leziuni de nefrită acută. Şapte cazuri de scorbut aparţinând la corpuri diferite. Boala a început prin dureri în membrele inferioare, slăbiciune, lipsă de energie apăreau infiltraţiuni dure ale ţăsuturilor, mai ales în regiunea poplitee cu sufuziuni sanghine, concomitent şi leziuni în genere uşoare ale gingiilor. Intr'un caz cel mai grav infiltraţiunea cu sufuziune sanghină ocupă ambii genunchi (cruţând puţin partea postero-internă) şi întinzându-se în sus până la jumătatea coapsei şi în jos până la treimea mijlocie a gambei; infiltraţiunea era de o duritate lemnoasă; genunchii quasi-anchilozaţi, părţile infiltrate mult mărite de volum; la acest bolnav şi leziunile gingivale erau mai înaintate prezintând un sfacel destul de întins pe gingia inferioară. In pleura stângă s'a găsit un exsudat sanghinolent starea generală mult alterată, pacientul fiind anemiat şi debilitat; mai târziu bolnavul a devenit febril şi starea generală s'a alterat şi mai mult; totuşi starea locală, infiltraţia genunchiului a cedat în mare măsură.

La un al doilea bolnav, o infiltraţie identică ocupa un genunchi, starea generală bună; alteraţiile gingiilor neînsemnate.

La un al treilea, infiltraţia dură ocupă partea superioară a regiunei poplitee şi se găsea şi în treimea inferioară a unei gambe în muşchii anteriori; starea generală sub mediocră. Leziunile gingivale au mers până la mici infiltraţii violacee ale gingiilor. La cei-lalţi patru starea generală bună şi leziuni limitate la una sau ambele regiuni poplitee, leziuni gingivale neînsemnate.

Toate cazurile, afară de primul s'au ameliorat şi ca stare generală şi ca stare locală prin alimentaţie abundentă bogată în legume verzi; lămâe şi hrean, la interior chinină sulfurică (1 gr.) cu licoare Bestucheffi. In cazul mai grav s'a încercat însă fără rezultat injecţiunile de ser normal de cal (de 2 ori câte 20 grame).

Boalele sistemului nervos s'au prezintat cu numeroase cazuri.

Interesante sunt trei cazuri de afecţiuni histerice tratate şi vindecate prin sugestiune.

Un caz de paraplegie histerică, care se afla de 6 luni în căutarea serviciului şi la care se întrebuinţase diverse medicaţiuni fără rezultat. Natura histerică s'a bănuit graţie etiologiei, evoluţiei şi stărei prezente. Pacientul nostru şi-a dobândit boala în urma unui vis; emoţiunea sau autosugestiunea sunt de incriminat. Boala nu a fost dintr'odată complectă ci a evoluat treptat până la paraplegie deplină. Paraplegia era însoţită de anestezie în membre, oprindu-se brusc la rădăcina membrelor inferioare; reflexele normale; lipsa turburărilor vezicale şi rectale; lipsa turburărilor trofice (escare, atrofii musculare). Stigmate histerice.

Un caz de monoplegie histerică, datând din Decembrie 1908 cu caractere identice cazului de paraplegie.

Un caz de coree histerică, datând de vre-o 5 luni şi caracterizat prin tremurătură ritmică a membrilor superioare comunicată şi muşchilor pectorali.

In toate aceste cazuri tratamentul a fost făcut de d-l Căpitan Preda de la 2 Artilerie, după cererea serviciului 4—6 şedinţe de sugestiune în stare de hipnoză şi în stare de veghere, au fost suficiente spre a aduce vindecare deplină.

In cursul acestei luni s'au experimentat medicamente noi:

Spirosal Merck. S'a întrebuinţat exclusiv, într'un caz de reumatism poli-articular acut cu rezultat excelent. Modul de întrebuinţare: fricţiuni pe articulaţiile bolnave (spirosal 1 parte, alcool 2 părţi) de trei ori pe zi urmate de pansament.

Sold. P. M. din 9 Roşiori intrat 10 Iunie 39,5

10 Iunie . . .	39,5	Spirosal
11 „ . . .	39,6 39.7	
12 „ . . .	39,5 38,4	
13 „ . . .	37,1 34,3	
14 „ . . .	36,4 36,4	
15 „ . . .	36,2 36,1	Nimic
16 „ . . .	36 36,3	
17 „ . . .	35,8 36,5	

Soldatul P. M. din 9 Roşiori intră la 10 Iunie cu reumatism poliarticular acut, având tibio-tarsiana stg. genunchiul stâng şi radio cubito-carpiana stg. tumefiate şi foarte dureroase; tibio-tarsiana dr. şi genunchiul drept dureroase, fără tumefacţie.

La 11 Iunie începe tratamentul. *La 12* durerile sunt mai slabe. *La 13* febra a scăzut, durerea s'a calmat, tumefacţia a diminuat. *La 14* tumefacţia aproape dispărută; dureri nu are, poate merge. Tratamentul se suspendă. *La 15 şi 16* nu i se dă nici o medicaţie şi efectul se menţine acelaş până la 22 Iunie când bolnavul este vindecat.

Aci alăturată se vede mişcarea febrilă.

Acest unic caz tratat de şi cu rezultat excelent se înţelege că nu poate fi hotărâtor şi experimentarea va continua.

Maretina Merck

13 Iunie . . .	36,8 39,3	
14 „ . . .	38.3 39,4	
15 „ . . .	38,1 39,1	Mordină
16 „ . . .	39 39	
17 „ . . .	38,8 39,2	
18 „ . . .	38,5 36,5	
19 „ . . .	38,6 39,5	
20 „ . . .	38,8 40	
21 „ . . .	38,4 38,3	

S'a întrebuinţat ca anti-termic în mai multe cazuri de febră tuberculoasă fără rezultate apreciabile. Dozele întrebuinţate au fost de 0.20 ctgr. dimineaţa, 0.15 la amiază şi 0.10 seara.

Aci alăturat se vede mişcarea febrilă a unui bolnav suferind de pleurezie dublă exsudativă; cele 3 zile în care bolnavul a fost tratat cu maretină nu se deosebesc de zilele anterioare sau ulterioare. Cam la fel s'au petrecut lucrurile şi în cele-lalte două cazuri de febră tuberculoasă.

Se înţelege că şi cu maretina experimentarea va trebui continuată.

In decursul acestor 2 luni am avut 7 morţi şi anume un Pleuro-peritonită purulentă; examenul lichidului pleural a pus în evidenţă streptococul.

1 Icter grav (s'a relatat cazul mai sus).

1 Meningită cerebrală, datorită generalizărei unei tuberculoze cu debut pleural.

Un caz de febră tifoidă forma ipertoxică cu epistaxe abundente.

Un caz de peritonită în urma perforaţiunei.

Un caz de epilepsie cu atacuri (va face obiectul unei comunicări ulterioare) şi un caz de scorbut.

II. Serviciul boalelor de urechi şi ochi

In cursul lunilor Iunie şi Iulie, s'au tratat 146 bolnavi, 100 vindecaţi, 1 Statu-quo, 6 evacuaţi şi 21 rămaşi în tratament la finele lunei Iulie.

Cazuri mai importante: Plaga contuză a ploapelor cu midriază şi efiema produsă traumatic; după 18 zile de tratament toate fenomenele s'au amendat şi bolnavul a eşit vindecat. Doi bolnavi cu ulcer, pe cornee afecţiune gravă, produsă în mod traumatic.

Un bolnav cu *strabism convergent* la ochiul drept cu hipermetrofie: s'a făcut tenotomia antistrabică şi scurtarea muşchiului antagonist; deviaţia a scăzut cu 4, i s'a dat ochelari opaci în jumătatea internă, pentru a forţa vederea să fie binoculară. Trei cazuri de *hemeralopie simptomatică*, fără nici o leziune a fundului ochiului, datorită insuficienţei alimentare; supuşi tratamentului cu curenţi electrici, supra alimentaţie şi tonice feruginoase, starea generală a bolnavilor s'a ameliorat mult şi vederea a revenit.

Ruptura timpanului: bolnavul a eşit vindecat. Un caz de polipi nasali, voluminoşi de natură mixomatoasă având rădăcina implântată pe planşeul nasal şi astupând complect nările; s'au extras în parte iar restul s'a cauterizat cu galvano-cauterul, porţiunea ei de implantaţie fiind mai largă ca corpul. Volumul lor s'a micşorat mult; bolnavul se află încă în tratament în cursul acestei luni.

Afecţiune cu caracter epidemic: 34 cazuri de oftalmie purulentă din regimentul 2 artilerie.

Boala s'a ivit la soldaţii trimişi la munca câmpului, din cauza prafului şi necurăţeniei. Bolnavii prezintă la ambii ochi inflamaţiune enormă a ploapelor cu kemosis şi scurgerea purulentă abundentă; făcându-se examenul secreţiunei purulente, s'a constatat prezenţa baccilului Wecks polinucleare şi diplococ cataral.

S'a constatat tratamentul cu spălături dese cu sublimat $^1/_{5000}$ scarificaţiuni în kemosis şi pe conjuctivă în 2 — 3 şedinţe ca decongestionat şi cauterizaţiuni cu soluţie de nitrat de argint 10°/₀ odată sau de două ori pe zi, apoi aplicaţiuni de comprese reci cu sublimat $^1/_{5000}$ în continuu.

Cu acest mod de tratament chiar după 24 — 36 ore fenomenele înflamatori, începea să se amendeze secrețiunea purulentă. Incă 6 — 7 zile la cei mai mulți fenomele inflamatorii s'au amendat cu totul și secrețiunea a început a se împuțina. In a 15-a și a 16-a zi majoritatea au fost eliberați ca vindecați, cu îndatorirea din partea regimentului spre a-i scuti mai multe zile de serviciu. Două cazuri de *hemeralopie* fără leziuni apreciabile a fundului ochiului și care cu siguranță au fost datorite insuficienței alimentare, căci tratați cu curenți electrici, supra alimentație, și tonice feruginoase, starea lor generală s'a ameliorat mult și vederea a revenit.

Un caz de hipertrofie a cornetelor tratat cu galvano-cauterul s'a eliminat porțiunea hipertrofiată și bolnavul a eșit vindecat putând respira pe nas.

Două cazuri de *ulcere pe cornee*, afecțiune gravă survenită traumatic, pe când bolnavii se aflau în concediu, se află încă în tratament.

S'au dat consultațiuni la 13 bolnavi ofițeri și membri din familia ofițerilor.

III. Serviciul chirurgical

In cursul lunei Iunie și Iulie, am avut de îngrijit 253 bolnavi: 61 aflați din luna Maiu, iar 192 intrați în lunile curente.

Afecțiunile predominante au fost, ca în tot-deauna: herniile, varicocelul, leziunile tuberculoase, leziuni traumatice, etc.

In adevăr, afară de puține excepțiuni, bolnavii pe cari îi avem de tratat în Spitalul Militar, fiind toți tineri de aceiași etate, între 21 — 23 ani, afecțiunile pe cari le prezintă sunt mai tot-deauna aceleași și cu drept cuvânt au fost numite boale ale tinereței; chiar boalele cauzate prin accidente, formează aci oare-cum o clasă deosebită, după împrejurările, în care se găsesc și după serviciul ce sunt chemați să facă acești tineri.

Pentru o mai bună demonstrație, vom da aci statistica acestor bolnavi și boalele clasate după regiuni, arătând în același timp în rezumat metodele de tratament întrebuințate în diferitele cazuri:

A. *Afecțiuni ale capului și gâtului*

1 caz de Comoție cerebrală prin traumatism direct;
1 „ „ Kist dermoid intersprincenos;

3 cazuri de fractura maxilarului inferior;
2 „ „ Osteo-periostită a maxilarului inferior cu abces alveolo dentar;
1 caz de Carii dentare multiple;
1 „ „ Hipertrofia amigdalelor;
2 „ „ Adeno-flegmoane submaxilare;
1 „ „ „ „ amigdalian;
5 „ „ Adenite cervicale.

B. *Afecţiunile toracelui:*

5 cazuri de Pleuresie purulentă;
2 „ „ Pio-pneumotorax;
1 „ „ Adeno-flegmon axilar;
1 „ „ Abces rece sternal.

Avem de notat faptul că 3 din cazurile de pleurezie purulentă, au fost tratate prin injecţiuni modificatoare cu soluţiune de 1 °/₀₀ sublimat corosiv, injectând după aspiraţia puroiului câte 1 — 2 c. m. c. la interval de 5 — 6 zile; rezultatele obţinute au fost foarte satisfăcătoare.

Cele-lalte cazuri au fost tratate prin pleurotonie după metoda obişnuită.

C. *Afecţiuni ale abdomenului*

2 cazuri de Apendicită;
47 „ „ Hernii inguinale şi anume:
2 „ „ „ „ bilaterale;
38 „ „ „ „ unilaterale drept sau stâng;
2 „ „ „ „ strangulate;
1 „ „ „ „ cu ectopie testiculară;
2 „ „ „ „ incipiente;
2 „ „ „ „ incoercibilă (dureroasă);
1 „ „ Eventraţie cons. operaţiei de Hernie, ing.

In ce priveşte terapeutica herniilor, nu s'a aplicat exclusiv un singur procedeu, ci s'a întrebuinţat în tot-deauna un procedeu necesitat de fie-care caz în parte. (L. Championniere, Th. Ionescu, Bassini, etc.)

D. *Afecțiuni ale organelor genito-urinare și ale perineului:*

27 cazuri de Varicocel;
1 „ „ Kist al cordonului spermat.;
4 „ „ Hydrocell vaginal;
2 „ „ Ectopie testiculară;
1 „ „ Criptorchidie dreaptă și varicocel stâng;
2 „ „ Epididimită cronică;
3 „ „ Orchiepididimită blenoragică;
4 „ „ Tuberculoza epididimo-testiculară;
1 „ „ Orchită traumatică;
1 „ „ Fimoză dobândită;
1 „ „ Prolaps rectal;
7 „ „ Hemoroizi externi;
2 „ „ „ interni;
1 „ „ „ și fistule anale;
1 „ „ Fistule anale;
1 „ „ Rectită purulentă;
1 „ „ Abces perianal;
1 „ „ Papilome anale;

Tratamentul operator al varicocelului a variat după forma sub care s'a prezentat boala; s'a întrebuințat în acest scop rezecția scrotului, une-ori simplă și mai rare ori combinată cu rezecția pachetului venos. Ultimele 5 din aceste cazuri au fost tratate după procedeul Dr. Gomoiu cu rezultate excelente.

Cazurile de Hydrocel vaginal au fost tratate toate prin eversiunea vaginalei, după procedeul Dr. Gomoiu.

In unul din cazurile de tuberculoză orchiepididimară, căreia anterior se făcuse castrația și la care leziunile progresează dând loc unei fistule a canalului deferent s'a făcut funicolo-spermatocystectomie totală.

E. *Afecțiuni ale membrelor*

1 Caz de Fractura claviculei;
1 „ „ „ humerusului;
2 „ „ Luxație scapulo-umerală;
1 „ „ Fractura radiului (extr. inf.);
1 „ „ Amputație accidentală a falangei;

2 caz. de Fractura gambei (supra maleolară);
3 „ „ „ complectă şi complic. a gambei;
1 „ „ Calus vicios al gambei;
6 „ „ Artrita genuchiului;
2 „ „ Osteo-artrita piciorului;
1 „ „ „ periostită a gambei;
1 „ „ „ „ „ tarsului;
5 „ „ Varice ale gambei;
1 „ „ Ulcere varicoase;
1 „ „ Flebită;
1 „ „ Limfangita gambei şi coapsei;
1 „ „ Tuberculoza metatarsianului;
1 „ „ Cicatrice vicioasă poplitee;
4 „ „ Flegmon al mânei şi antebraţului;
3 „ „ Flegmoane ale coapsei şi fesei;
1 „ „ Sarcom al coapsei;
1 „ „ Onixis.

In unul din cazurile cu varice ale gambei s'a practicat procedeul lui Schwarz, cu rezultat perfect.

In cazul de cicatrice vicioasă, bolnavul prezinta un stat fibros subtegumentar, gros de 2 — 2 $^{1}/_{2}$ c. m., întinzându-se de la jumătatea gambei până la jumătatea coapsei şi învelind membrul pe două treimi din circomferinţa lui.

In cazul de sarcom al coapsei, recidivat, s'a întrebuinţat röntgenoterapie şi fulguraţie, dar fără nici un efect.

F. *Afecţiuni diverse*:

19 cazuri de Contuziuni în diferite regiuni;
14 „ „ Plăgi contuze;
1 „ „ Plagă prin armă de foc;
5 „ „ „ „ muşcătură de câine;
2 „ „ „ „ instrument tăetor;
1 „ „ „ „ „ înţepător;
3 „ „ Combustie;
8 „ „ Adenite inguinale strumoase;
2 „ „ Adenite inguinale supurate;
2 „ „ Abcese reci, lombo-fesiere;

4 cazuri de Furuncule abcese, flegmoane;
1 „ „ Piodermita gambei;
4 „ „ Scorbut;
1 „ „ Epilepsie;
8 „ „ Afecţiuni medicale (bronchită, scabie, etc.).

Intr'un caz de abces rece lombo-sacrat, s'a practicat injecţiunile cu pastă bismutică, după metoda lui Beck.

Pe aceşti bolnavi s'au practicat 66 operaţiuni şi anume:
47 prin Rachioanestezie lombară
3 „ Cloroformizare (anestezie gen. cu cloroform)
6 „ Anestezii locale cu Clorur d'Etyl
8 „ Anestezii locale cu cocaină în injecţiuni
2 fără anestezie.

Din aceşti bolnavi au fost liberaţi 142 vindecaţi, 13 amelioraţi, 55 Statu-quo (evacuaţi, neaparţinând serviciului chirurgical, refuzând intervenţia, nefiind cazuri operatorii sau reformaţi pentru infirmităţi incurabile) iar 43 bolnavi, rămaşi în serviciu; un singur mort.

IV. **Divizia boalelor contagioase**

In divizia boalelor contagioase s'au tratat 108 bolnavi.

Din aceştia numărul cel mai mare a fost de *tuberculoză pulmonară* şi anume:

Un bolnav cu *Meningită cerebro-spinală* intrat în serviciul nostru cu oreillon şi după 8 zile face meningită, care are particularitatatea că la examenul bacteriologic al lichidului cefalo-rachidian se constată *numeroşi meningococi fără reacţiune leucocitară*. Tensiunea lichidului cefalo-rachidian normală.

18 bolnavi cu *Erizipel al feţei* şi nici unul cu mers anormal.

19 bolnavi cu *Oreillon;* dintre aceştia doi cu *orchită Ourlienă*.

26 cazuri de *Dizenterie* cărora li s'au făcut injecţii masive 80 cm. c.) de ser antidizenteric (prep. Prof. Cantacuzino) şi toţi s'au vindecat.

Eficacitatea serului a fost remarcabilă în toate cazurile de dizenterie cu bacili, confirmaţi prin examenul bacteriologic.

V. **Divizia mixtă**

In Divizia mixtă, s'au îngrijit 219 bolnavi cu 102 vindecaţi. Reformaţi au fost 18 cazuri; pe lângă cazurile de anemie şi debilitate, au mai fost: Un caz bronşită cronică cu emfizem, pleurită purulentă şi adenopatiile ganglionare cervicale. Un caz de moarte în urma unei pleurezii purulente.

VI. Divizia boalelor venerice

In **serviciul boalelor venerice** s'au tratat 355 bolnavi; majoritatea blenoragici, restul sifilitici, sau banali: ca boale de piele, mai important, un caz de toxidermie buloasă, a cărei origină toxică nu s'a putut determina.

Evoluţia boalei: Temperatura (39.5), erupţie rugeoliformă la început, catar al mucoaselor; după 5 zile erupţia cu caracter papulorperitrofic pe trunchiu; iar pe membrele inferioare apare vezicule mari şi bule; conţinând lichid citrin, amicrobien. Bolnavul are şi albumină. I să dă un tratament general pentru starea gastrică, pe care o avea erupţiunea începe să dispară. Vindecat complect după 4 săptămâni, rămâne cu o stare înaintată de anemie şi debilitate foarte pronunţată, care a necesitat un concediu îndelungat.

In secţiunea de bacteriologie a laboratorului s'au făcut 250 examene bacteriologice: examene de spută, sânge, fecale.

Două-zeci şi cinci examene de apă din diferite garnizoane: apele au fost găsite aproape toate contaminate.

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante streine

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Şedinţa din 6 Maiu, 1909

TINEL. — **Le diagnostic des anesthésies par l'exploration au diapason.** Conservarea audiţiunei solidiene sau faptul că ea poate reapare cel puţin în parte dacă se pune membrul într'o poziţie favorabilă, pledează pentru natura organică a anesteziilor. Din contră dispariţia audiţiunei prin transmiterea osoasă a vibraţiunilor cu integritatea sistemului osteoarticular vorbeşte pentru natura psihică a anesteziei.

DÉJERINE et TINEL.—**Un cas de radiculite lombo-sacrée à meningocoque.** Meningogocul fu găsit prin puncţiunea lombară. In acest caz radiculita a fost consecinţa unei meningite cerebro-spinale fruste.

THOMAS et TINEL. — **Hémichorée et signes de lésion organique du système nerveux central. Lymphocytose du liquide céphalorachidien.** Pe lângă limfocitoză exista semnul lui Babinski, mişcarea de pronaţie a mânei, flexiunea combinată a coapsei pe bazin, mişcări asociate de partea coreei. Autorii cred — e de alt-fel opinia predominantă şi de sigur cea justă — ca unele cazuri de coree trebuesc scoase din cadrul nevrozeler şi considerate ca manifestări ale unei leziuni organice.

THOMAS et TINEL. — **Hématomyelie cervicale et hématobulbe.** Bolnavul prezintă fenomene ca cele din siringomielie, dar apărute brusc în urma unei sforţări. De aci diagnosticul de hematomielie. Fenomenele bulbare au apărut mai târziu şi fasciculul piramidal nu era interesat, ceea-ce pledează pentru un focar independent de cel din regiunea cervicală.

In fine, turburările de sensibilitate ce bolnavul prezenta la gambă şi picior ar putea ţine de un al 3-lea focar sau de leziunea bulbară sau cervicală, chestiune ce rămâne nerezolvată.

ACHARD et FOIX. — **Tabés fruste avec arthropatie.** In afară de arthropatie nu există de cât un uşor semn al lui Romberg, abolirea reflexelor achileene oare-cari dureri în gambă şi limfocitoză.

Babinski pune la îndoială dacă arthropatia zisă tabetică aparţine într'adevăr simptomatologiei alteraţiunilor medulare sau dacă nu e o consecinţă a acţiunei directe a viruslui sifilitic asupra oaselor. Chestiunea nu-i pare rezolvată.

Sicard, Pierre Marie, Déjerine, Raymond o consideră ca aparţinând tabesului. Claude insistă asupra rolului traumatismelor anterioare în producerea artropatiei tabetice.

PAUL TOUCHARD et M-me FABRE. — **Un cas de syringomyelie traité par le radium.** S'a notat o ameliorare constând în regresiunea turburărilor de sensibilitate subiectivă şi obiectivă.

PAUL TOUCHARD et M-me FABRE. — **Un cas de sciatique traité par le radium.** Ameliorare indiscutabilă a unui caz de sciatică rebelă până atunci la ori-ce tratament.

NOICA. — **Rapport entre les mouvements associés spasmodiques et les reflexes periostiques.** In 3 cazuri de hemiparezie flască reflexele tendinoase şi periostice erau exagerate pe când mişcările asociate lipseau. Autorul admite că starea de leziune relativa a muşchilor a fost suficientă să împedice mişcările asociate dar insuficientă să provoace dispariţia exagerărei reflexelor.

NOICA. — **Sur le type en extension du membre supérieur à l'état de contracture.** Autorul admite că ceea-ce condiţionează contractura, e prezenţa simultanee a mişcărilor asociate. In cazul de care e vorba, bolnavul prezenta mişcările asociate în extensie formă tot aşa de rară ca şi contractura în extensie. Acest din urmă fenomen lipsea, pentru că paralizia era uşoară.

Forţa extensorilor era mai mare de cât a flexorilor ceea-ce explică tipul particular al mişcărilor asociate.

SOUQUE. — **Mouvements d'élévation de la paupière supérieure associés aux mouvements d'abaissement de la machoire.** Fenomenul acesta a existat tot deauna în cazul comunicat de autor (un bărbat de 50 ani). Există în ştiinţă mai multe cazuri similare. Ar fi vorba după Herman de o persistenţă anormală a unei mişcări asociate, ce există la alte animale, de relaxare a orbicularului palpebral în timpul când se contractă pterigoidianul extern homonim.

Când odată cu persistenţa acestei mişcări asociate, există şi o pareză a ridicătorului pleoapei, acesta se contractă şi pleoapa se ridică ori de câte ori antagonistul său, orbicularul palpebral se relaxează din cauza contracţiunei pterigoidianului.

L. MARCHAND. — **Maladie de Gilles de la Tourette et Paralizie générale.** „Maladia ticurilor cu coprolaţie a existat în copilărie, dispărând apoi complect şi a revenit în cursul paraliziei generale.

Autorul admite că distrugerea asociaţiunilor interneuronale a pus creerul într'o stare analoagă cu acea din copilărie.

BOINET et OLMER. — **Chorée héréditaire chronique.** Corea apărută la tată la vârstă de 30 ani apăru la fiu la vârsta de 25 ani în condiţiuni asemănătoare în urma unei spaime.

Istologiceşte s'a găsit după 16 ani de la debutul coreei o infiltraţie a creerului cu celule rotunde probabil nevroglice.

BABINSKI. — **Deux cas de tumeur cérébrale du lobe frontal.** Absenţa de fenomene din partea cerebelului, nervilor cranieni şi căilor sensitive şi motrice, precum şi durerea frontală, au condus la diagnosticul regional al tumorilor. Nu s'a putut însă afirma exact în timpul vieţei partea de care era tumora.

Cefaleea a fost mai marcată de partea opusă tumorei, iar turburările de vedere predominau odată de partea tumorei, odată de cea opusă.

* * *

Şedinţa din 13 Maiu. — Şedinţă cu caracter anatomopatologic.

Societatea a hotărât a ţine pe lângă şedinţele obicinuite, şedinţe cu demonstraţiuni anatomopatologice. Aceasta e prima din ele. Se prezintă următoarele comunicări.

THOMAS. — **De quelques altérations des racines antérieurs dans le tabès.** Rădăcinile anterioare pot fi alterate, mai ales în tabesul amiotrofic. Autorul descrie alteraţiunile: îngroşare a cilindrului ax, formaţiunea de fibre noui, etc. Intr'un caz existau alteraţiuni identice cu cele din nevrita interstiţială ipertrofică.

D-l şi d-na DÉJERINE. — **Contribution à l'étude des localisations motrices spinales dans un cas de desarticulation scapulo-humerale remontant à l'enfance.** Concluzia e că ast-fel de cazuri nu sunt prea favorabile pentru studiul localizărilor medulare.

LAIGNEL LAVASTINE et BOUDON.—**Un cas de myasthénie d'Erb-Goldflam avec autopsie.** S'a notat persistenţa timusului. Semne de iperfuncţiune în tiroidă şi ipofisă. Muşchi infiltraţi cu celule coujunctive, limfocite, mastzellen, prezentau încă o proliferare a nucleilor şi unele fibre o regresiune plasmodială sau o transformare fibroasă. Unele fibre erau atinse de degenerescenţă grasă.

JUMENTIÉ. — **Contribution à l'etude des fibres abérentes de la voie pédonculaire et de la dégénérescence de la pyramide et du ruban de Reil dans les lésions de l'étage antérieur du pont.** Reese din studiul cazului că: 1. Fibrele aberante pontine pot forma une-ori fascicule voluminoase, ce pot fi interesate în leziunile etagiului anterior al protuberanţei.

2. Din calea pedonculară se pot desprinde în traectul protuberanţial fascicule aberante destul de pronunţate ce se alipesc la partea antero-internă a panglicei lui Reil mediană şi descind în partea antero-internă a stratului interiolivar, dând degenerescenţei piramidale o dispoziţie cuneiformă.

3. O parte din aceste fibre reprezintă probabil calea motrice a nervilor cranieni. Restul reintră în fasciculele piramidale.

TINEL. — **Les lésions radiculaires dans les méningites.** Autorul descrie leziuni parenhimatoase şi interstiţiale.

SICARD insistă asupra raporturilor dintre fundurile de sac aracnoidiene şi rădăcinile posterioare. Aceste raporturi ar explica posibilitatea abolirei reflexelor tendinoase în tumorile cerebrale, limfocitoza în zonă şi ar avea o importanţă deosebită în patologia tabesului.

LANNOIS et DURAND prezintă 2 tumori ale unghiului ponto-cerebelos extirpate prin operaţie.

BOINET prezintă 3 tumori cerebrale 2 epiteliome şi un gliom.

C. PARHON

* * *

SOCIETATEA DE PSIHIATRIE DIN PARIS

Şedinţa din 24 Iunie 1909.

MARCHAND et PETIT. — **Epilepsie tardive chez une femme atteinte d'angiosarcome de la fosse cerebrale antérieure.** Trei ani după un traumatism apar atacuri de epilepsie iar după 7 ani de la apariţia acestora, apar turburări mentale cu alternative de excitaţie şi depresie, conducând la demenţă.

Se găseşte un angiosarcom de mărimea unei mandarine, comprimând lobii frontali. Leziuni corticale difuze; atrofie a fibrelor tangenţiale, infiltraţiune a scoarţei prin celulele mici, periarterită în substanţa albă.

H. CLAUDE et TOUCHARD. — **Contribution à l'étude des états démentiels juvéniles.** Un băiat de 16 ani prezinta de un an o regresiune a stărei intelectuale ajungând la o stare psihică comparabilă cu acea a unui copil de 5 ani. Desvoltarea somatică e acea a unui copil de 13 ani. Inegalitate pupilară, turburări ale reflexelor oculare, limfocitoza arachnoidiană, tremurături în scriere, turburări în vorbire.

Pare a fi vorba de o paralizie generală juvenilă. Ereditatea sifilitică e însă absentă. In plus există turburări de vedere şi maculo-lutea se prezinta ca în idioţia amorotică a lui Tay-Sachs. Deci e posibil să fie vorba de o demenţă juvenilă diferită de paralizia generală.

MARCHAND a observat un caz asemănător în mare parte cu precedentul. Examenul centrilor nervoşi făcut de Klippel n'a arătat de cât leziuni ale celulelor nervoase şi nevrogliei.

DUJONY. — **Présentation d'une aiguille à ponction lombaire.**

KLIPPEL et LHERMITTE. — **Les encéphalites à cellules plasmatiques.** Prezenţa celulelor plasmatice nu indică de cât un mod special de reacţiune n'are însă o valoare specifică şi nu permite un diagnostic anatomic sigur.

MARCHAND vorbeşte în acelaş sens. In cazul său citat mai sus existau de asemenea celule plasmatice. Ele există de asemea în meningo-encefalita din boala somnului.

DENY et MERKLEN. — **Goitre exophtalmique et Psychose maniaque dépresive.** Autorii cred că e vorba de o simplă coincidenţă.

SÉGLAS et LHERMITTE. — **Tuberculose. Psychose toxi-infectieuse.** Observaţiune anatomo-clinică a unei femei de 25 ani atinsă de o veche tuberculoză pulmonară şi cu un abces ganglionar recent, care prezinta turburări mentale, mai întâiu o stare depresivă, cu idei de auto-acuzare şi un anumit grad de confuzie; în mod brusc apăru o stare de agitaţie motrice, impulsiuni, mişcări sistematizate, verbigeraţie. Stare generală gravă. Bolnava sucombă cu granulie. In creer uşoară meningită hiperplastică veche şi leziuni vasculare moderate.

In plus leziuni celulare atrofie, vacuolizare, pigmentare. Proliferare neuroglică moderată.

R. CHARPENTIER et M. NATHAN. — **Etude du langage musical d'un musicien professionel, dément organique par lésion circonscrite.** Autorii cred că e vorba de un dement organic prin leziuni circomscrise de origină arterială, arterita fiind în raport cu sifilisul şi alcoolismul. Turburări însemnate în lectură şi compoziţiunea muzicală. Din contră cunoaşte încă bine legile acompaniamentului şi tehnica armoniei.

PROSPER MERKLEN.—**Présentation d'un enfant atteint de débilité motrice d'inhibition avec enueresie hypogénésique.** Bolnavul pe lângă incontinenţa urinară nocturnă prezintă atitudinea cataleptoidă, sincinezii, stângăcie uşoară, paratonie (imposibilitate de o relalaxere musculară voluntară suficientă). Autorul cată să stabilească un raport între turburarea urinară şi celelalte turburări.

PEHNAS. — **Troubles portant sur la personalité chez une malade atteinte de Psychose périodique.** Bolnava atribue mai toate actele vieţei sale uneia sau alteia din surorile sau verişoarele sale. Nu există o turburare de percepţie sau asociaţiune. Numai apropriaţiunea senzaţiunilor e defectoasă.

BALLET crede că e vorba de o *desorientaţiune* a personalităţei. Din cauza alternativelor de excitaţie şi depresiune bolnava ajunge a nu se mai recunoaşte.

SEGLAS face rezerve asupra existenţei reale a turburărilor şi Dupré se întreabă de asemenea dacă bolnava e sinceră în tot ce povesteşte.

DUPRÉ et M-me LONG LANDRI. — **Chorée chronique émotive, sans démence, chez un viellard.** La un bătrân de 82 în urma unui traumatism mai mult psihic de cât fizic şi după câte-va zile de la accasta se desvoltă o coree cu caracterul de a nu fi progresivă şi de a prezenta remisiuni aproape complecte în timpul izolărei şi repauzului. Autorii cred că acest caz poate fi apropiat de accidentele istero-traumatice. **C. PARHON**

Reviste şi publicaţiuni străine

Dermatologie şi sifiligrafie

Prof. GIUSEPPE CAVALLARO. — **La sifilide in rapporto alla dentizione.** *(Florence* 1908. *Ramella et C-ie).* Monografie bazată pe 37 de observaţiuni personale şi pe studiul unei vaste literaturi, în care se arată din nou frecuenţa, importanţa şi varietatea alteraţiunilor dentare în sifilisul congenital. In cercetările sale anatomopatologice, autorul n'a reuşit să găsească nici odată treponema pallida în vre unul din ţesuturile dentare. N'a găsit nici alteraţiuni vasculare şi perivasculare, cari există în totdeauna în leziunile sifilitice. Anomaliile dentare sânt deci nişte distrofii, sânt de origină parasifilitică (Fournier). **MARIA MĂCIUCESCU**

Dr. RAW. *Liverpool.* — **Is Lupus caused by the bovine tuberculosis?** *(„Tuberculosis“* Juillet 1909. Vol. 8. No. 7). Autorul este de părere că *lupusul* şi *tuberculoza pielei* în general se produc prin contagiunea cu bacili bovini, pe când tuberculoza pulmonară este cauzată de tipul uman al bacilului. Această opinie şi-o sprijină autorul pe faptul că combinaţia între lupus şi ftisie este rară şi că în 100 cazuri de lupus tratate cu tuberculină humană, marea majoritate a fost considerabil ameliorată. **MARIA MĂCIUCESCU**

Fiziologie normală şi patologică

H. H. DALE und W. E. DIXON. — **The action of pressor amines produced by putrefaction.** *Journ. of Physiol.* Vol. 39, p. 25. Autorii au studiat acţiunea următoarelor două amine, cari rezultă în cursul putrefacţiei albuminoidelor, isoamilamina şi hidroxi-feniletilamina.

Studiul lor prezintă un interes cu atât mai mare cu cât formula lor chimică ca şi acţiunea lor fiziologică prezintă analogie cu adrenalina.

Ei au cercetat acţiunea lor asupra sistemului circulator (inima, vase), splinei, bronchiolelor, uterului, canalului alimentar, băşicei urinare, musculaturei involuntare a ochiului, glandelor. Atât isoamilamina cât şi pentru hidroxifeniletilamina reproduc atât efectele motrice cât şi cele inhibritice ale adrenalinei asupra sistemului simpatic „strictu sensu". Insă efectul lor motor predomină pe cel inhibitor.

Acţiunea lor este mai slabă de cât a adrenalinei, asemenea timpul de latenţă mai mare. Efectul isoamilaminei e mai slab de cât al p-h. şi acţiunea ei nu e atât de strict limitată la periferie. Ambele sunt absorbite şi pe calea sub-cutană şi digestivă, producând şi pe aceste căi efectele lor. D. IONESCU.

W. FALTA. — **Weitere Mitteilungen über die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Sekretion.** (Noi cercetări asupra acţiunei reciproce a glandelor cu secreţiune internă. *Wien. Klin. Wochenschr.* p. 1059, 1909.

Se ştie, că Falta împreună cu Eppinger şi Rüdinger au studiat amănunţit în o serie de cercetări public. în Zeitschrift für Klin. Medizin 908 şi 909 ac. chestie. Rezultatele lor extrem de interesante şi cari au făcut senzaţie în lumea ştiinţifică, au provocat deja o serie de cercetări de control. In această conferinţă ţinută în societ. medicilor din Viena, Falta rezumând cercetările sale anterioare precum şi expunând alte date noi, sintetizează rezultatele obţinute până acum. Vom încerca a rezuma mai jos pe scurt principalele vederi ale cercetătorului vienez.

Anume cantităţi de tireoidină suficiente a mări la câini în inaniţie metabolismul proteinelor, rămân fără efect la animalele în echilibru azotos.

Injecţiile de Pituitrină (extract din infundibulum gl. pituitare preparat de casa Parke şi Davis), provoacă şi la animalele în echilibru azotos mărirea metabolismului proteinelor. Din contra Pancreasul şi corpusculele epiteliale (gl. paratiroide) exercită o acţiune inhibitrice asupra metab. proteinelor.

In ce priveşte metabolizmul hidraţilor de carbon, adrenalina provoacă nu numai mobilizarea lor ci şi o sinteză şi prin urmare o nouă producţie a ac. corpi în ficat. Din contra Pituitrina n'are nici o influenţă asupra metabolizmul hidraţilor de carbon.

In privinţa metabolizmului grăsimelor, thyreoidina îl măreşte, pancreasul îl diminuă.

Metabolizmul sărurilor. Thyreoidina şi Pituitrina măresc factorul N: P_2O_5. Eliminarea Ca în fecale şi a Mg în urină este crescută. Adrenalina micşorează Q (câtul) N: P_2O_5, măreşte deci cantitatea de fosfor eliminată. Asemenea Ka şi Na eliminate sunt crescute.

După extirparea pancreasului Ph, Ka şi Na eliminate sunt crescute; asemenea Ca. Extirparea gl. paratiroide provoacă creşterea Ca eliminat.

Se ştie că cantitatea de Cl eliminată în inaniţie e f. redusă. Asupra acestei cantităţi Thyreoidina, Infundibulina, Adrenalina n'au nici o influenţă, pe când extirparea Pancreasului sau a gl. paratiroide provoacă o însemnată augmentare a cantităţei de Cl eliminat.

Asupra metabolizmului purinelor cercetările sunt încă la început şi arată numai, că Infundibulina măreşte cant. de acid uric eliminată. Adrenalina pe lângă acidul uric măreşte şi alantoina.

In ce priveşte influenţa acestor glande asupra sângelui, Adrenalina provoacă o însemnată leucocitosă, care la început priveşte în special polinuclearele neutrofile. Face să dispară la câine eosinofilia (la câine se intâlneşte f. frequent o ipereosinofilie şi adrenalina micşorează procentul lor (de la $12^{0}/_{0}$ la $0,3^{0}/_{0}$). Această influenţă asupra eosinofilelor o are şi extirparea pancreasului sau a corpusculelor epiteliale. Autorul face o interesante apropriere între acest fapt experimental şi următorul fapt din patologia umană. Considerând astmul bronchial ca o maladie vagotonică şi în care avem eosinofilie, observă că adrenalina, care face să dispară în experiment eosinofilele, taie după v. Jagic atacul de astmă.

Din totalitatea cercetărilor lui Falta şi colaboratorii săi reese, că glandele cu secreţiune internă pot fi grupate în 2 categorii: de o parte tiroida, sistemul cromafin şi porţiunea infundibulară a hipofizei, care accelerează metabolizmul; de altă parte Pancreasul şi glandulele paratiroide cari ’l întârziază, ’l încetenesc.

In ce priveşte Epifisa (glanda pineală), şi probabil subst. corticală a gl. suprarenale ele aparţin grupei întârzietoare, pe când ovarele şi poate porţiunea glandulară a hipofizei grupei acceleratoare. Cercetările asupra acestor glande sunt însă prea puţin avansate spre a avea rezultate definitive.

Dacă comparăm între dânsele membrii fie-cărei din aceste 2 grupe găsim deosebiri şi apropieri foarte interesante. Ast-fel din grupul accelerator:

Adrenalina şi Pituitrina se apropie mult în acţiunea lor asupra inimei şi vaselor: ambele ridică presiunea sanguină, însă infundibulina succesiv şi prelungit pe când adrenalina repede şi pasager. Infundibulina răreşte puţin bătăile inimei, Adrenalina tare; după eliminarea Pneumogastricilor, fenomenul persistă la infundib. din contră bătăile se accelerează după adrenalină. Infundibulina contractă coronarele, adrenalina le dilată, invers asupra vaselor rinichiului. Tiroidina accelerează bătăile inimei, nu ridică presiunea sanguină Tiroidina şi Infundibulina nu sunt în stare să provoace ateromatoză, din contră adrenalina.

In ce priveşte glandele cu acţiune întârzietoare, secretul pancreatic are efectele cele mai marcate, atât asupra metabolismului proteinilor cât şi asupra hidraţilor de carbon şi grăsimelor. Insă pe când acţiunea inhibitrice a pancreasului, priveşte mai mult ţesăturile bogate în fosfor, paratiroidele au mai mult afinitate pentru calciu, iar în acţiunea lor inhibitrice asupra sistemului nervos, trec în primul plan.

Dacă comparăm ambele grupe între ele, găsim în ambele câte două perechi, al căror antagonism e cu deosebire accentuat: una este formată din ţesutul cromafin faţă de pancreas. Antagonismul lor se referă atât la metabolismul hidraţilor de carbon, cât şi la acţiunea lor asupra ţesuturilor bogate în fosfor şi alcali.

Cea-laltă pereche este compusă din tiroidă, infundibulină de o parte, şi corpusculele epiteliale de alta. Antagonismul lor priveşte metabolismul calciului pe de o parte, sist. nervos pe de alta. Suprimarea corpusculilor epiteliali provoacă augmentarea excitabilităţei galvanice a nervilor; de altă parte Rudinger şi Falta au găsit la câini, la cari se extipase de mult tiroida excitabilitatea galvanică augmentată.

Cercetările acestor autori au arătat că adrenalina nu mai provoacă glicosurie la câini tiroidectomisaţi din cauza superfuncţionărei pancreasului. In conexiune cu acest fapt e foarte interesantă observaţia făcută de Bertelli şi Falta, că la 3 câini la cari tiroida fusese extirpată de un an şi jumătate, insulele lui Langerhans erau ipertrofiate. Analog cu aceasta avem observaţia lui Lazarus, că injecţiuni cu florizină sau adrenalină, repetate mai multe luni, conduc la ipertrofia insulelor lui Langerhans şi a lui Dale, care a obţinut acelaşi rezultat prin injecţiuni de secretină.

La sfârşit Falta e înclinat a crede, că acţiunea glandelor cu secreţiune internă se exercită asupra metabolismului prin hormone specifice pentru sistemul simpatic sau pentru sistemul autonom. (Până acum ştim sigur numai de adrenalină că e un hormon specific pentru sistemul simpatic. (Nota D. I).

Această părere 'şi găseşte sprijinul în regularea metabolismului hidrat. de carbon. Furnisarea cu zahăr a muschilor, inimei, sistemului nervos central, stă sub dependenţa unui centru situat în medulla oblongată (Claude Bernard, Eckhardt) sub ale cărui impulsie, în mod constant zahărul este mobilizat din ficat prin intermediul nervilor simpatici şi glandelor suprarenale, pe când prin intermediul nervilor autonomi şi pancreasului, această mobilizare e stânjenită (inhibită) şi rezultatul e, că procentul zahărului în sânge se menţine constant. In sprijinul acestui rol al sistemului autonom alta încă antagonismul dintre pilocarpină (otravă excito-autonomă) şi adrenalină (otravă excito-simpatică) în provocarea glicosuriei şi sinergia dintre atropina (otravă paralizantă autonomă) şi adrenalină, apoi faptul că, vagotomia dublă conduce pentru mai mult timp la o iperglicemie. **D. IONESCU**

KAUFFMANN. — (Psych. Klin. Halle). **Beiträge zer Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen.** (Contribuţiuni la studiul patologiei schimburilor nutritive la Psichose) *Jena G. Fischer* 1908.

I. *Paralizia progresivă.* Autorul a studiat polifagia, atacul paralitic, paralizia în remisiune, o autopsichosă expansivă cu o stare de anxietate, o paralizie cu erisipel, o paralizie incipientă la care a studiat asemenea şi schimburile gazoase. A urmărit bilanţul lichidelor, indoxyluria, eliminarea hidraţilor de carbon în urină şi examinat lichidul rachidian. Interesant e faptul, că la paralitici nu se poate obţine echilibru azotat; aci avem retenţiune, aci eliminarea exagerată (a azotului prealabil reţinut). Autorul a observat adesea o febră aseptică, ce precede stările de excitaţiune sau atacurile paralitice. Asemenea, găseşte urcare de temperatură sub influenţa unei temperaturi ambiante ridicată şi crede că la Paralitici mecanismul regulărei temperaturei este stricat. Asemenea crede că, oxidaţiunile în organism sunt micşorate şi prin urmare o sumă de produse intermediare ale metabolismului, (care în stare normală ar fi mai departe oxidate) circulă în organism. Autorul priveşte febra aseptică ca o încercare a organismului d'a se scăpa de aceste producte şi pare a crede că, turburările de oxidaţiune constituesc un factor important în genesa nu numai a paralisiei ci şi a altor maladii mentale. Desele şi însemnatele oscilaţiuni în greutate la aceşti bolnavi sunt datorite la retenţiuni sau pierderi de apă. Organismului sau 'i lipseşte puterea a 'şi echilibra bilanţul apos sau imposibilitatea d'a reţine apă e datorită unei însemnate turburări a celulelor.

II. *Epilepsia.* Turburările de oxidaţiune sunt la epileptici mai însemnate de cât la paralitici. Ele se pot constata înainte de atac spre a dispare în urmă. In atacul epileptic autorul n'a găsit creşterea azotului eliminat. Cu privirele la schimburile gazoase, e de notat o însemnată inegalitate, care ar fi cauza eliminărei produselor intermediare precum acetonă, o mai mare cantitate de amoniac, o încetinită ardere a acidului benzoic. Ar fi deci o temporară oprire în arderea hidraţilor de carbon şi această turburare a utilisărei alimentelor ar constitui un moment patologic important la cei atinşi de boale mentale. Ei se găsesc temporar în aceiaşi stare ca în inaniţie, în care individul elimina acetonă pentru că 'i lipsesc hidraţii de carbon. (după Bioch. Zbl.)

D. IONESCU

MELLANBY I. — **Diphteric Antitoxin.** (*Proc. Roy. Soc. B.* 1908, Bd. 80, p. 339). Antitoxina difterică este o albumină a serului sanguin iar nu o substanţă relativ simplă, ce ar fi unită cu serul sanguin într'un mod oare-care.

Autorul a determinat în cercetări anterioare albuminele serului de cal ast-fel: Globulin ca. 3 %; Albumin (α) 85 %; Albumin (β) 12 %. Antitoxina difterică este identică cu albumina α. Autorul emite părerea că, albumina a posedă funcţiunea de a proteg̣e ţesăturile. In contra părerilor lui Ehrlich asupra formărei antitoxinelor M. crede că, antitoxina este formată printr'o secreţiune activă a leucocitelor iritate prin toxină. (După Bioch. Zbl.).

D. IONESCU

N. NISKOUBINA. — **Recherches expérimentales sur la fonction du corps jaune pendant la gestation.** *Réunion biologique de Nancy,* 8 Décembre 1908. Autorul a făcut experienţe în scop, nu numai de a studia acţiunea corpului galben asupra sarcinei, dar mai ales pentru a preciza cât timp durează această acţiune, experienţe care au confirmat concluziile lui Fränkel.

Distrugerea corpilor galbeni în primele 14 — 15 zile la epuroaică, adică în prima jumătate a gestaţiunei, împedică inserţiunea şi desvoltarea ulterioară a oului. In a 2-a jumătate a perioadei de gestaţiune, distrugerea corpului galben nu influenţează întru nimic sarcina şi facerea. Aceste rezultate concordă cu rezultatele istologice.

Acţiunea corpului galben se manifestă în timpul perioadei de activitate a celulelor luteinice, şi se opreşte de îndată ce această activitate nu se mai manifestă.

DR. MARTA RAINER

HIDEYO NOGUCHI. — **The relation of proteins, lipoids and salts to the Wassermann reaction.** (From the Rockefeller institute for Medical Research, New-York). *Journ. of experim med.* XI, 1, p. 84.

Insemnata putere de fixare a complementului serului sanguin în sifilis şi a lichidului cerebrospinal în paralizia generală este însoţită de o accentuată creştere a globulinei ac. lichide, fără însă să existe între ambele relaţiuni cantitative directe. La sifilisul secundar, după un tratament îndelungat cantit. de globulină nu e crescută pe când reacţiunea lui Wassermann este în general negativă. Corpii ce participă la ac. din urmă reacţiune sunt precipitaţi împreună cu globulina şi anume cu euglobulina. La 70°—76° sunt distruşi; asemenea încet (distruşi) prin lumina solară, repede la adăogarea de Eosină, etc. Sunt digeraţi prin trypsină şi pepsină, distruşi prin acizi slabi şi alcali. Nu se pot separa de globuline prin alcool. In sângele şi în organele sifiliticilor există lipoide solubile în acetonă a căror valoare ca antigene este însemnată. Cholesterina, neurina şi cholina sunt în această privinţă inactive; acizii biliari sunt mai puţin activi de cât lipoidele citate.

(După Zentralbl. f. Physiol.)

D. IONESCU

Ginecologie şi obstetrică

Prof. BRAUN. — **Über die Anwendug des Suprarenins.** (asupra întrebuinţărei adrenalinei). *Zentralblatt für Gynäkologie,* No. 30, 1909. Braun răspunde unei învinuiri aduse de un anonim prin *Zentralblatt für Gynäkologie,* adrenalinei în care o doză de 0,0003 şi în soluţie de 0,01 % ar fi produs moarte subită, atunci când a fost injectată în colul uterin spre a produce o stare de anemie.

Autorul se miră de aceste două cazuri nenorocite, când ştiut este cât de mult se întrebuinţează adrenalina fără nici un pericol, însă în soluţii foarte diluate.

Aşa soluţiile obişnuite de novocaină $\frac{1}{2}$ % conţin pe 100 c. c., 0,64 suprarenină boricată, adică 0,0005 suprarenină pură; din această soluţie une-ori se întrebuinţează şi 125 cm. c. şi fără nici un pericol. Dentiştii întrebuinţează soluţii şi mai concentrate.

Braun insistă asupra faptului că *nu cantitatea de suprarenină,* ci gradul de diluare a soluţiei prezintă importanţă. Doze mai însemnate, în soluţii mai diluate sunt mai puţin periculoase, de cât doze mai mici în soluţii concentrate. Apoi insistă asupra celor constatate de Batelli, că puterea de toxicitate a suprareninei, în injecţie intravenoasă e de 40 de ori mai mare de cât introdusă pe cale subcutanată.

DR. MARTA RAINER

COUVELAIRE. — **Procidence du cordon et viciations pelviennes. Indications de l'opération césarienne.** *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 11 Ianuarie 1909. Având în vedere că mortalitatea infantilă încă ajunge la 30,7 % în cazuri de procidenţe ale cordonului, se autorul întreabă dacă cezariana de urgenţă n'ar putea ameliora situaţia.

In procidenţele ireductibile, (datorită după Pinard cele mai dese ori inserţiunei vicioase a cordonului) putem obţine prin cezariană ceea-ce în caz de dilatare incomplectă nu putem obţine prin pelvitomie.

Autorul dă 2 cazuri personale: într'unul de uşoară strâmtorare a basinului, într'altul cu basin rachitic, în care reducerea cordonului era imposibilă, şi în care a făcut cezariană conservatrice, cu rezultat favorabil şi pentru mamă şi pentru copil.

DR. MARTA RAINER

M. DELESTRE. — **Albuminurie apparue brusquement au 8-e mois de la grossesse et suivie d'accès éclamptiques. Accouchement prématuré. Mort au 3-e jour.** *Annales de Gynécologie*, Mai, 1909. Primipară de 22 ani. Urinele sunt regulat examinate, fără a se găsi albumină, până aproape de sfârşitul lunei a 8-a, când apare brusc albumină însoţită de accese eclamptice. Cloroform în inhalaţie, clisme cu cloral, purgative, lapte, toate sunt fără folos.

A patra zi naşte un copil mort de curând şi eliminează o placentă, cu aspectul placentei albuminurice. După facere o stare de mare agitaţie, în urmă coma şi a 3-a zi sucombă. La necropsie se găsesc alteraţiuni însemnate numai la rinichiu.

Autorul îşi explică apariţiunea subită a albuminei, prin faptul că nefrita fusese în stare sub-acută şi numai la un moment dat, fără a se putea preciza cauza, a luat un mers acut.

DR. MARTA RAINER

A. GOSSET. — **Sur un cas de tumeur primitive de la trompe.** *Annales de Gynécologie.* Mai, 1909. Femeie de 44 ani, a avut trei copii, cel din urmă acum 12 ani. De trei ani se plânge de pierderi în intervalul menstruelor, cari sunt regulate, pierderi lichide, uşor colorate.

De un an abdomenul creşte, iar de zece zile creşterea e mai accelerată. Stare generală bună. In groapa iliacă o tumoare netedă, regulată, mată la percuţiune, dură, nedureroasă. Prin tactul vaginal se constată că tumoarea e independentă de uter. Se pune diagnosticul de tumoare juxta-uterină, probabil fibrom pediculat.

Se face intervenţiune şi anume histerectomie abdominală subtotală, cu ablaţiunea anexelor de ambele părţi şi se constată la stânga o tumoare a trompei de 757 grame, care măsoară 21 centimetri, iar diametrul aproape de 8 cm. în locul cel mai larg. Permeabilitatea trompei conservată. Examenul istologic a arătat că era vorba de un periteliom (angio-sarcom plexiform).

Interesant în cazul de faţă e mai întâiu raritatea cazului, (Quénu şi Longuet în 1901, n'au putut reuni de cât 6 cazuri de sarcom al trompei). Apoi scurgerea seroasă, semn care a mai fost semnalat de mai multe ori în tumorile trompei, une-ori sunt adevărate vomice ale trompei.

De sigur că dacă s'ar fi bănuit natura tumorei, ar fi fost mai bine dacă se făcea o histerectomie abdominală totală. DR. MARTA RAINER

HALBAN. — **Appendizitis und Gravidität.** Apendicită şi sarcină. (*Wiener Klinische Wochenschr.* 1908, No. 67). Sarcina este pentru apendicită o complicaţiune, poate rupe aderenţele, deschide abcese şi moartea să survie în urma travaliului. Apendicita este o cauză de avort (59 $^0/_0$).

Autorii în marea majoritate sunt de acord că, în cazuri de apendicită acută, (de şi sunt observaţiuni din cari reiese că o femee cu apendicită poate duce sarcina la termen) cel mai bun tratament, este evacuarea imediată a uterului şi în urmă apendicectomie.

In cazurile cronice sau subacute, fără peritonită, la începutul sarcinei se va ridica apendicele, sarcina putând să-şi urmeze cursul său; la sfârşitul sarcinei se va evacua mai întâiu uterul şi în urmă se va face apendicectomia.

Autorul dă două observaţiuni interesante:

In prima este vorba de o primipară, care la începutul travaliului, e apucată brusc de o durere în partea dreaptă. Starea generală gravă. Se diagnosticiază apendicită. Din cauza tensiunei extreme a abdomenului, cusăturile peretelui abdominal ar fi fost periclitate, de aceia s'a făcut mai întâiu inciziuni pe laturile colului, o secţiune pe perineu şi s'a scos un copil viu. Extracţia manuală a placentei. S'a cusut colul şi perineul. In urmă s'a făcut apendicectomia, apendicele era gangrenat. Vindecare.

In al 2-lea caz, e vorba de o secundipară în luna a 8-a, care prezinta semnele unei apendicite subacute. Se provoacă facerea. Copilul cântărea 2600 grame moare însă a treia zi. Durerile apendiculare încetează după evacuarea uterului, pe urmă reapar. Apendicectomie. Vindecare. DR. MARTA RAINER

ALBERT MARTIN (Rouen). — **Rupture spontanée de la vessie chez une femme enceinte de trois mois, présentant un uterus en rétroversion et de la rétention d'urine. Intervention d'urgence. Guérison.** *Annales ds Gynécologie.* Mai 1909. Femeie de 25 de ani, primipară. Nimic de însemnat în antecedentele sale. De câte-va zile se plângea de greutate la urinat, de micţiuni frecvente şi puţin abundente. Un medic consultat a diagnosticat *retroversiunea uterului gravid* de 3 luni. In mijlocul nopţii strănută şi imediat apar dureri violente în abdomen însoţite de o stare peritoneală gravă, vărsături frecvente, puls 180, sensibilitate mare a pereţilor abdominali, ceea-ce face imposibilă palpaţiunea abdomenului. Prin cateterism s'a scos un pahar mare cu urină sanghinolentă. Se face laparotomie şi se scurge ca 2 litri 1/2 de urină din cavitatea abdominală. Se constată o ruptură a vesicei spre vârful ei, cu marginele sinuoase şi cu direcţiune transversală, lungă de 4—5 cm. Cusătura plagii în 12 etaje. Reducerea retroversiunei pe cale abdominală, ajutat de un ajutor pe cale vaginală. Drenarea prin tifon a cavităţei peritoneale. Reunire per primam a plăgii abdominale. Timp de o lună a avut hypertermie cu pyurie. Totul a reintrat în ordine. Acum e însărcinată în 8 luni şi se simte foarte bine. Mecanismul rupturei a fost distensiunea mare a vezicei, produsă de retroversiune.

DR. MARTA DRAINER

FR. MICHEL (Koblenz). — **Ein Beitrag zur Klinik des Chorionepithelioms.** *Zentr. für Gynäkologie*, No. 30. 1909. Atrage atenţiunea asupra unui caz de chorioepiteliom, cu metastaze în vagin şi pulmon şi care a fost operată cu succes.

Femeie de 26 ani, secundipară, ultimile menstrui în Decembrie. De la sfârşitul lui Februarie până la începutul lui Aprilie pierderi de sânge, când expulzează spontan o molă. Spre sfârşitul lui Aprilie pierderea de sânge mai însemnată, în acelaşi timp expectorează spută cu grunji sanghinolenţi.

La 4 Mai, se găseşte o mărire de volum a uterului care e şi moale. Ambele ovare mari cât un ou de porumb. Din uter se scot bucăţele consistente. Examenul microscopic a arătat că era vorba de chorioepiteliom. După cât-va timp e revăzută şi se constată la orificiul uretrei o tumoare albăstrue cât o prună. La sfârşitul lui Mai emoragiile continuă. Extirparea uterului pe cale vaginală, împreună cu ovarele de mărimea unui ou de găină, de asemenea şi a tumoarei de lângă uretră, făcând în acelaşi timp drenarea suprasimfizară a vezicei. La secţiunea uterului se constată spre fund o tumoare de mărimea unui taler. Examenul microscopic, atât a tumorii din uter cât şi a tumorii vaginale arată chorioepiteliom, iar în ovare formaţiuni de celule luteinice.

DR. MARTA RAINER

TH. PETRI (München). — **Doppelseitiges Dermoid-kystom bei gleichzeitiger Schwangerschaft.** Chist dermoid bilateral coexistând cu o sarcină. *(Zentralbl. für Gynäkologie*, No. 30, 1909). E vorba de o femee care a avut 10 faceri şi un avort. De trei luni amenoree. Sunt 4 — 6 săptămâni de când şi-a dat seamă că are o tumefacţiune în partea dreaptă şi laterală a basinului. In acelaş timp apăreau dureri cari ţineau câte-va ore şi apoi dispăreau, dureri foarte intense.

Se constată la dreapta o tumoare care ajunge până la ombilic. Uterul gravid ca în trei luni. Anexele din stânga formau o tumoare de mărimea unui ou de găină căzută pe laturile uterului. Durerile au fost atribuite torsiunei pediculului tumorei.

Se face laparotomie după o prealabilă injecţiune cu scopolamină-morfină şi anestezie lombară şi se constată un chist dermoid la dreapta, torsionat de 120°. Se extirpă tumoarea anexială în totalitate. La stânga se află de asemenea un mic chist dermoid, la baza căruia se constată puţină ţesătură ovarială sănătoasă, care este lăsată pe loc împreună cu corpul galben.

Bolnava ese din spital vindecată, continuându-şi sarcina. Ea a mai fost revăzută două luni după eşirea din spital, în stare bună şi sarcina îşi continua mersul său.

Autorul crede că prin anestezia lombară, viaţa copilului e mai puţin periclitată de cât în anestezia prin inhalaţie.

Reaminteşte de restricţiile, pe cari în urmă Pfannenstiel, le făcea, relativ la operabilitatea tumorilor ovariane în timpul sarcinei şi anume că o tumoare ovariană care creşte încet şi a cărei prezenţă n'a putut jena faceri anterioare, poate să fie lăsată spre extirpare şi după facere.

Mai trece în revistă chestiunea importanţei pe care o prezintă corpul galben pentru implantarea oului şi a continuărei sarcinei şi reaminteşte de experienţele lui Mandl şi de cazul lui Essen-Möller, în care sarcina şi-a putut continua mersul său de şi se făcuse o extirpare timpurie de tot a corpului galben.

DR. MARTA RAINER

J. RISCH (Giessen). — **Unglücksfälle bei Lumbalanästhesie.** (Cazuri nenorocite în urma anesteziei lombare). *Zentrablatt für Gynäkologie* No. 30, 1909. Autorul reaminteşte mai întâiu cele spuse de Bier, la ultimul congres de chirurgie şi anume, că *anestezia lombară n'a eşit încă din domeniul cercetărilor, de oare-ce tot se mai găseşte încă un caz de moarte pe 400 — 500 anestezii.*

Pe urmă enumerează 4 cazuri, în cari a avut accidente în urma anesteziei lombare, dintre cari două mortale pe 315 anestezii lombare făcute la Giessen.

In două cazuri făcuse scopo-morfină prealabilă şi pentru a nu se inculpa scopolamina de accidentele nenorocite, a făcut în cazurile următoare câte o injecţiune numai cu două ctgr. de morfină şi cu toate acestea colapsul cardiac s'a produs, urmat într'unul din cazuri de moarte. In ambele cazuri mortale fusese vorba de femei anemiate (miom, cancer).

Autorul atrage atenţiunea că şi anestezia rahidiană prezintă mari pericole, când e vorba de bolnave cu complicaţiuni din partea sistemului vascular sau cu anemii intense. Anestezia rachidiană rămâne încă o metodă de alegere.

DR. MARTA RAINER

SOULIGOUX. — **Kyste multiloculaire de l'ovaire déversant son liquide dans la cavité péritoneale. Evacuation par ponctions répétées de 683 litres de liquides. Opération. Guérison.** *Société de chirurgie,* 28 octobre, 2909. S'a crezut mai întâiu la această femeie de 60 de ani, care prezenta un abdomen enorm, că era vorba de o ascită de origină hepatică, la care s'a scos, timp de 2 ani, 683 litri de lichid.

Mai târziu, s'a văzut că era vorba de o tumoare a ovarului, de mărimea unui cap de făt şi care a fost extirpată. Un număr de buzunare din acest chist, erau perforate şi lăsau să iasă lichid din ele.

DR. MARTA RAINER

Microbiologie

MAURICE ARTHUS. — **La séro-anaphylaxie du lapin.** (*Arch. internat. de Phys.* t. VII, p. 70, avril 1909, p. 471, d: *Bulet. Inst. Past.* No. 13, 1909). Complectează cercetările anterioare asupra anafilaxiei la epuri, dând o sumă de noi fapte. La epuri, anafilactizaţi cu serum, o nouă injecţie în vână dă o cădere a presiunei arteriale, suprimarea urinei, polipnee, incotinenţă de fecale, urmate de moarte sau stare de caşecsie, care se termină cu moartea animalului. In acelaşi fel a realizat o ovo-anafilaxie, pepto-anafilaxie, gelatino-anafilaxie. Incubaţia era în toate aceste cazuri de 8 zile pentru 20 cc. ser. In ce priveşte serurile încălzite, continuă în totul pe cele a lui Besredka la cobai. Serul încălzit la 100° e anafilactizant dar nu e capabil să dea accidente la animalele anafilactizate. Diferenţa esenţială însă între epuri şi cobai, este lipsa complectă de specificitate sau de anti-anafilaxie prin nici-unul din mijloacele preconizate de Besredka.

CIUCĂ

CHALYBAEUS. — **Passages de vaccin sur diverses espèces animales.** Recoltă slabă pe cai, preferabil de 1—2 ani; limfa culeasă activă la viţei şi copii. Pe măgarii de $^1/_2$ — 1 an recoltă slabă, foarte activă însă la viţei şi copii. La porc după 4—6 zile pustule mari, cu marginele ridicate, infitrate; recoltă foarte activă la viţei şi copii. La capre mai nimic sau pustule foarte rari mici nu dau nimic la viţei şi copii. Nimic sau prea puţin la oi şi neactiv.

CIUCĂ

R. DOERR et V. K. RUSS. — **Die identität der anaphylactisierenden und der toxischen Substanz art fremder Sera.** (Identitatea substanţelor anafilactizante şi toxice din serurile streine). (*Zeitsch. f. Imun. forsch.* I. Orig. t. I., 19 April 1909 p. 110 — 132, d. *Bulet. Inst. Past.* No. 13, 1909). Gradul de ipersensibilizare ar depinde de cantitatea de ser precum şi de intervalul dintre injecţiuni şi gradul de ipersensibilizare s'ar putea măsura prin cantitatea de ser necesară pentru a provoca simptomele de anafilaxie. Autorii fac abstracţie însă de un fapt foarte important: toxicitate favorabilă a diferitelor seruri, toxicitate pe care o consideră şi autorii. De aci necesitatea unui ser-talon. Autorii găsesc că dozele de ser cuprinse între 0.001 — 0.0001 ctmc., fac ca perioada preanafilactică să fie prelungită (19—25 zile). Faptul că substanţa sensibilizantă şi substanţa toxică a serului, se comportă în acelaşi chip, faţă de agenţii fizici, face pe autorii să conchidă la identitea lor. Contrar experienţelor lui Besredka, declară că n'au putut să sensibilizeze cu seruri încălzite la 80°, fapt care se contrazice şi cu cercetările lui Volk şi Kraus, cari au sensibilizat cobai cu ser încălzit chiar la 90°.

CIUCĂ

E. FRIEDBERGER. — **Kritik der theorien über die anaphylaxie.** (*Zeitsch. f. Imm. forsch.* 1 Orig. t. II, 1 Mai 1909, p. 208, d. *bulet. Inst. Past.* No. 13 1909). Tendinţa autorului este de a alipi fenomenele de anafilaxie la fenomenele de precipitine; admite ca cea mai sănătoasă teoria lui Besredka, insistând asupra importanţei narcozei şi asupra experienţelor de antianafiloxe a aceluiaşi autor. Căci Besredka admite că întâlnirea antigenului cu anticorpul să face la nivelul celulelor nervoase şi din întâlnirea lor rezultă şocul anafilactic. Explică sensibilizarea cu doze mici prin formarea unor precipitine sesile sau fixe, cari nu să duc în curentul sanguin, rămân prinse de celulă şi concurează la ivirea fenomenelor de anafilaxie. Dozele mari de antigen fac ca receptorii să fie aruncaţi în torentul circulator. Prin urmare anafilaxia n'ar fi de cât o formă a imunităţei datorită localizărei speciale a anticorpului.

CIUCĂ

A. GAUDUCHEAU. — **Sur un milieu de culture amibienne** (*Bull. soc. Poth. esot.* t. II, 12 Mai, 1909, p. 247—201 *d. bullet. Inst. Posteur*, No. 13, 1909).

Mediul întrebuinţat geloză $2^0/_0$ în bulion peptonizat $1^0/_0$; tuburi înclinate sau cutii Petri. I să asociază cu b din grupul tific, cu vibrion, Pasteurella; streptococul şi mezentericul sunt nocivi. Existenţa şi cultura amibei, indiferentă de substratum, ar depinde numai de microbii asociaţi cari ar juca rolul celulei oaspete pentru un parazit endocelular. La 28° însămânţând suprafaţa gelozei, acoperită de microbul asociat, cu amiba; de la locul unde e depusă începe dezvoltarea ei făcând să dispară pătura microbienă, căreia i să substitue cu totul după cât-va timp; dacă să adauge o bacterie nefavorabilă sau globule roşii să observă o înglobare limitată. Pentru a avea preparate frumoase, autorul recomandă impresiunile pe mediu.

CIUCĂ

H. GOUGEROT. — **Diagnosticul bacteriologic al sporotrichosei lui Beurmann.** (*Lavori e reviste di chimica e microscopia clinica*, Maggis 1909).

Prima observaţie de sporotrichoză a fost publicată de De Beurmann şi Ramond în 1903.

Cercetările ulterioare făcute de Beurmann, Gougerot, Vaucher, Widal şi Abrami au complectat studiul clinic, bacterologic şi experimental al chestiunei.

Ca forme clinice au fost descrise: *formele gomoase; sporotrichosidele dermice diseminate papuloase, papulo-veziculoase şi ulceroase; sporotrichoză hypodermică ulceroasă; şancrul sporotrichozic sau sporotrichoza verucoasă; epidermite eczematoide şi pityriaziforme; angina sporotricozică şi sporotrichosidele ulceroase ale mucoaselor; sporoticoza mamară; forma acută febrilă a sporotrichosei; laringita sporoticozică: osteita şi adenită sporotrichozică.*

Ca leziune sporotrichoza seamănă uné-ori cu tuberculoza şi sifilisul.

De cele mai multe ori însă se poate pune diagnosticul numai după cercetările clinice. Pentru siguranţă deplină se recomandă să se facă tot-deauna examenul bacteriologic.

I. **Diagnosticul prin cultură la rece.** — *Mediu de cultură.* Sporotrichul creşte greu pe mediile obicinuite. Pentru diagnosticul bacteriologic se întrebuinţează mediul lui Sabouraud (15—18 grame geloză; 10 grame peptonă granulată Chassaing; 40 grame glicoză „massée de chanut"). Mediul este acid şi nu trebuie neutralizat.

Une-ori sporotrichul creşte şi pe mediile obişnuite, dar acestea nu ne oferă siguranţa mediului lui Sabouraud.

Un mediu aproape tot aşa de bun este morcovul glicerinat (prepararea este identică cu aceea a cartofului glicerinat. Se adaogă în fie-care tub 2—3 cc. de lichidului următor: pepton 10 gr., glenori 20 gr.; glucoză 30 gr.; apă 1000 gr.)

Când puroiul de însămânţat conţine şi alte bacterii asociate se inlocueşte acest amestec prin lichidul următor: apă 1000, glycerină 40 gr.; acid tartaric 1 până la 3 gr.

Insămânţarea se face, când leziunea nu este expusă la aer, cu puroiul extras cu siringa Pravaz. Dacă leziunea este ulcerată este mai bine să se spele cu apă fiziologică ulcereţia şi să se însămânţeze din puroiul scos prin presiune din baza ei.

Cultura se face *la temperatura ordinară; tuburile nu sunt acoperite cu un capuchon,* ceea-ce inlezneşte reînoirea oxigenului.

Culturile cele mai frumoase se obţin la temp. ordinară. Cele obţinute la 37° sunt mai puţin caracteristice.

Rezultatul însămânţărei. — Culturile din leziuni închise sunt de cele mai multe ori pure. Coloniile obţinute însămânţând puroiul din ulceraţia sunt amestecat cu colonii de bacterii banale...

Apariţia coloniei este mai mult sau mai puţin rapidă după temp. ambiantă.

In timpul verei colonia este caracteristică după 3 zile. Iarna une-ori, mai ales când camera nu este suficient încălzită, cultura nu apare de-cât a 15-a zi.

In termen mediu cultura începe a 4-a 5-a' zi este caracteristică a 10-a până la 12-a zi.

In marea majoritate a cazurilor abondenţa sporotrichului este mai mare în leziunile ulcerate, de cât în cele închise.

Identificarea parasitului.

Cultura, pe mediul lui Sabouraud, are tot-deauna un aspect caracteristic Intre a 5-a şi a 6-a zi coloniile sunt reprezintate prin mici puncte albe hemisferice sau acuminate, de 1 mm. diametru, înconjurate de o aureolă albă, fin radiată. Mai târziu coloniile ieau pigmentaţie brună, care este foarte accentuată a 15-a zi.

In general nu este nevoie de examenul microscopic pentru a face diagnosticul, de oare-ce cultura este aşa de caracteristică (pe mediul lui Sabouraud cel puţin) în cât este suficient să fie văzută odată pentru ca să putem pune în urmă cu siguranţă diagnosticul numai după aspectul macroscopic.

La microscop se prezintă sub forma de flamente lungi, largi de 2 m., prezintând câte-va ramificaţii şi amestecate cu numeroşi spori de 5—6 m. pe 3—4 m. In unele puncte se poate vedea modul de inserţie al sporilor pe filamente.

Dacă prin acest procedeu nu se poate obţine o cultură, este bine să se încerce *procedeul lamelor uscate al lui* Gougerot. Procedeul consistă în însămânţarea unui tub gros (patru Borrel de ex.) care conţine la fund apă glicerinată, peptonată şi glucozată (2,1/2/100) şi în care intră extremităţile a două lame porte-objet alipite. Se umectează suprafeţele lamelor cu lichidul din fundul tubului, se lasă să se usuce. In urmă se însămânţează suprafaţa exterioară a celor două lame cu puroiul de examinat.

Pe faţa liberă a lamelor se obţin colonii caracteristice.

II. Diagnosticul sporotrichozei ¡prin sporoaglutinare şi prin reacţie de fixaţie.— Widal şi Abrami au arătat că şerul bolnavilor atinşi de sporotrichoză aglutinează în proporţie de $^{1}/_{200}$—$^{1}/_{600}$ o emulsie de sporotriche în apă fiziologică, prealabil trecută prin hârtie de filtru.

Un ser normal aglutinează emulsia omogenă de sporotriche în proporţie de $^{1}/_{10}$—$^{7}/_{20}$.

Serul indivizilor atinşi de actionomicoză sau de muguet poate aglutina în proporţie de $^{1}/_{100}$—$^{1}/_{150}$, aşa în cât reacţia este sigur pozitivă numai în cazurile în cari aglutinarea se face în proporţie de peste $^{1}/_{200}$.

Reacţia de fixaţie se face după technina obicinuită, întrebuinţând ca antigen o emulsie de sporotrichi. Serul bolnavilor atinşi de sporotrichoză fixează complet alexina în prezenţa sporotrichului ca antigen.

III. Examenul pe lamă a unui frottis de puroi sporotrichozic.— In organizmul omului şi animalelor parazitul are o altă formă de cât acea descrisă în culturi.

Se prezintă sub forma de *corpusculi ovoizi de 2—5, înconjuraţi de o membrană hyalină subţire*. Sunt foarte inegali ca volum. Cea mai mare parte sunt incluşi în macrofage şi unii în polinucleare. Elementele celulare ale puroiului nu sunt prea degenerate.

Forma lor nu este destul de caracteristică şi une-ori se pot confunda cu fragmente nucleare degenerate, ceea-ce face pe Gougerot să dea *ca metodă sigură numai cultura la rece pe mediul lui* Sabouraud.

IV. Diagnosticul sporotrichozei prin inoculare. — Sporotrichul lui Beurmann este foarte puţin patogen pentru animale.

Inoculat în peritoneul şobolanului provoacă o *orchită cu apariţia precoce.* Este singurul procedeu utilizabil în practică, de care însă în general nu avem nevoie de oare-ce în marea majoritate a cazurilor cultura pe mediul lui Sabouraud este suficientă pentru a pune diagnosticul sigur.

V. **Procedee diagnostice accesorii.** — In gura şi faringele bolnavilor atinşi de sporotrichoză se găseşte adesea parazitul, care se poate izola foarte uşor prin procedeul culturei la rece.

Widal şi Weill au obţinut culturi din sânge, ceea-ce se poate încerca în cazurile de sporotricoză septicemică sau granulică.

Sicard şi Gougerot au încercat cutireacţia cu toxina sporotrichozică. Rezultatele au fost însă dubioase. **DANIELOPOLU**

HIRSCHL und PÖTZL. — **Asupra modului de a se comporta al diferitelor seruri şi hematii de om în hemoliza prin veninul de cobra.** *Wiener Klin. Woch.* No. 27, 1909. Much şi Holzmann au descris o reacţie — die psychoreaction — bazată pe proprietatea serului indivizilor atinşi de psichoze sau predispuşi la aceste boale, de a împiedica acţiunea hemolitică a veninului de cobra asupra hematiilor umane.

Cercetările acestor autori au fost făcute pe 700 de cazuri. Nu trebuie considerată reacţiunea ca pozitivă de cât atunci când hemoliza este nulă, de oare-ce şi în stare normală serul uman are o acţiune antihemolitică uşoară asupra veninului de cobra.

Hirschl şi Pötzl reieau cercetările lui Much, întrebuinţând fie hematii umane normale, fie hematii de la un individ atins de psichoză.

Intrebuinţând însă hematii de la un individ sănătos, rezultatele au fost diferite. In nici un caz de psichoză n'a obţinut hemoliză complet negativă întrebuinţând hematii normale. In tuburile martori de altă — parte, hemoliza se făcea mult mai repede de cât în primele experienţe în care întrebuinţa hematii de la un individ cu demenţă precoce.

Rezultă deci că în diversele psichoze, hematiile prezintă o rezistenţă mai mare de cât aceea a hematiilor normale. Reacţiunea lui Much, demonstrativă cu hematiile bolnavului, este mai puţin demonstrativă când se întrebuinţează hematiile normale.

In afară de aceste cercetări, autorii au întreprins aceleaşi experienţe cu serul a 22 tuberculoşi, 12 sifilitici şi 15 indivizi sănătoşi. Nici unul din serurile din aceste categorii n'a împiedicat complet hemoliza.

Combinând cele două reacţiuni, psychoreacţiunea lui Much şi Holzmann şi reacţiunea lui H. şi P. (augmentarea rezistenţei eritrocitelor în psichoze), se poate trage oare-care concluziuni cari au oare-care importanţă din punct de vedere diagnostic. **DANIELOPOLU**

E. O. JORDAN et N. MC. HARRIS. — **Milk sickness** (Boala laptelui, *Trans. of the Chicago path. exoth.*, t. VII, p. 7, 1 Fév. 1909, *d. bulet. Inst. Post.*, No. 13, 1909). O afecţiune, pe care o contractă omul din laptele bovideelor infectate. Simptome: tremurături ale membrelor, ipotermie, constipaţie, acidoză. La autopsie degenerescenţa grasă a ficatului, hemoragii ale seroaselor, congestia mucoaselor; tumefiarea plăcilor lui Peyer, autorii au izolat un bacil, a cărui culturi au reprodus boala la viței, berbeci, câini, pisici. Bacil, strict aerob, ciliat, cu spori. Pe geloză, seamănă cu streptococul, nu dă gaze, turbură puțin bulionul; nu coagulează laptele. Mai multe rase au aglutinat $^{1}/_{50}$ cu serul bolnavilor, care nu aglutina tificul și paratificul. CIUCĂ

MACIESZA. — **Le rôle du tube digestif dans la production de l'anthracose des poumons et des organes abdominaux.** *(Bull. Ac. Sc. de Cracovie,* déc. 1908. *Bull. Inst, Pasteur* No. 13, 1909). Experiențele au fost făcute pe 36 șoareci, 7 cobai, 7 câini; animalele au fost observate 612 zile. Conchide în favoarea căei respiratoare. Antracoza abdominală o explică cu totul pe altă cale de cât aceea a permeabilităței tubului digestiv: perforația vaselor sanguine, a pulmonului, ganglionii antracosici, pătrunderea pulberilor direct în vase prin păreți pe cale de atrofie la bătrânii emfizematoși. CIUCĂ

Dr. MEWINS. — **Réunion des Directeurs des Instituts de vaccin allemand.** (Hamb. 13—18 Sept. *Hug. Rundsch.* t. XIX f. 5. 6. 7. p. 729, 364 și 417, 1 Mai — 1 Aprilie 1909, d. *Bulet. Inst. Pasteur.* No. 15, 1909). Discuție asupra variolo-vaccinului problem care e considerat de Germani ca rezolvit, în cele mai multe centre vaccinogene întrebuințându-se un virus de variolă umană cultivat pe bovidee.

Fischer susține că nu atare virus ar putea servi de la a 3-a generație pe bovidee. Meder și Stumpf după a 2-a chiar, faptul cert însă este că virusul variolic să prinde greu pe bovidee; trebue să se facă inocularea imediat după ridicarea limfei celei mai clare, pustula va fi recoltată cât mai târziu. Cu toate acestea Chaumier a obținut pustule cu material de 4 luni; Voigt, Kluse au obținut succese cu cruste. Freyer au obținut pustule frumoase la epure cu limfa clară de la un copil variolos în a 8-a zi. Pustula a putut fi trecută înainte pe epuri prin radere și de la epure a fost trecută cu acelaș succes pe un vițel.

H. MUCH. — **O reacțiune a sângelui bolnavilor atinși de diferite psichose** (Comunicare prealabilă) *Münch. Med. Woch.* No. 20, 1908.

Reacțiunea, specifică după Much bolnavilor atinși de psichoze, și denumită de el *psychoreaction*, este bogată pe proprietatea ce are serul acestor bolnavi de a împiedica acțiunea hemolitică a veninului de cobra asupra hematilor umane, proprietate pe care nu o are serul normal technica este următoare:

Se amestecă 0,35 cm. c. ser de bolnavi cu 0,25 cc. sol. de venin de cobra 1/5000 și cu 0,5 cc. dintr'o diluție de hematii de om $10^0/_0$. Se lasă 2 ore la termostat și 22 ore la ghiață. In urmă se agită. Dacă amestecul rămâne netransparent, reacția este pozitivă.

Reacțiunea lui Much există nu numai la bolnavii atinși de psichoze, dar și la oamenii normali cari aparțin unei familii în care s'a constatat cazuri de acest fel. DANIELOPOLU

H. MUCH. — **Ueber eine Vorstufe des Fibrinferments in Kulturen von Staphylococus aureus.** (O trombokinază în culturile de stafilococ aureu). (*Bioch. Zeit.* t. XIV, 25 Oct. 1908, p. 143 — 155 d. *Bulet. Inst. Past.* No. 13, 1909). Plasma sângelui uman citratat, coaguleazea adese-ori după o oră și jumătate, dacă se însămânțează cu stafilococ aureu: nici unul din cei-lalți microbi nu se bucură de aceiași proprietate. Plasma preparată cu extract de capete de lipitoare, coagulează de asemenea. Faptul s'ar datori unei trombokinaze pe care autorul o numeşte chiar stafilokinază. După 24—48 ore, cheagul se redisolvă. CIUCĂ.

F. NERI. — **Iodorezistenza dei corpi di Negri e suo significato** (Ann. Ig. sp. fr. 2, 1909, p. 195 d. *Bulet. Inst. Pasteur.* No. 15, 1909). Corpusculii lui Negri iau Gramul ca şi o sumă de protozoeri din infuzia de fân. Technică secţiunea să tratează la cald cu Nacl $10^{0}/_{0}$, să răceşte, apă, alcool, să colorează 10 minute cu lichidul lui Ehrlich filtrat la răce. Să pune apoi lama în Lugol 1 m. $^{1}/_{2}$ — 2 m., să decolorează cu alcool, să recolorează cu vezuvină 3 m. Să vede în corpusculii lui Negri o pătură periferică îngustă, care se decolorează uşor şi o porţiune centrală albastră închisă gronuloasă. CIUCĂ

F. NOC. — **Recherches sur la dysentérie amibienne en Cochinchine** (*Ann. Inst. Past.* t XXIII 25 Martie 1909, 117—201 *d. bulet. Inst. Post.* No. 13, 1909). Să prezintă cu toate caracterile clinice şi bacteriologice ale dizenteriei amibiene; nu lipsesc abscesele ficatului. In ce priveşte rolul etiologic al amibei obţinută în culturi, autorul studiază o amibă izolată în 3 cazuri de dizenterie din abcesul ficatului, nu i s'ar putea deci contesta rolul dizenterigen. In abcesul ficatului amiba are un diametru de 7—60 microbi, extrem de refringentă; pe lângă nucleul principal o serie de nuclei secondari, reduşi în stare de granulaţiuni, cari ocupă centrul corpusculilor ovalori, — îi numeşte muguri interni sau merozoiţi. Pe geloză alcalină, cu condiţie de a adăuga şi bacterii vii, să văd ambele închistându-se şi proliferând, nutrindu-se cu bacterii. Iu culturi amibele să reproduc prin în mugurire internă, autorul a putut izola în 5 din 37 cazuri amibă, chiar din mucozităţile scaunelor, care se aseamănă mult cu cea izolată din abscesele ficatului. A obţinut acelaş lucru din apele din Cochinchina la epoca ploilor, care corespunde ca exacerbaţia endemiei dizenterice. Ori-care ar fi amiba izolată este aceaşi şi are puncte asemănătoare cu E. Histolitica a lui Schaudinn: motilitatea mare, refringenţa ectoplazmei, emiterea de muguri; diferă însă prin bogăţia nucleului în cromatină (kariosom voluminos) şi prin faptul că mugurii nu devin muguri ca la E. h. a lui Schaudinn. N'a putut să infecteze prin ingestiune nici macaci, nici pisici cu scaune dizenterice sau culturi; dizenteria macacilor din Saigon ar fi datorită unei esofagostomiaze după concepţia lui Weinberg. CIUCĂ

ZGON RANZI. — **Ueber anaphylaxie durch Organ und tumor extracte.** (Anafilaxia prin extracte de organe şi tumori). (*Zeitsch. f. Imun. forsch.* I. Orig. t. II, 21 april 1909, p. 17—30, d. *Bulet. Inst. Past.* No. 13, 1909). Autorul sensibilizează epuri şi cobai cu ser, extracte de organe şi de tumori; după 11 — 33 zile face injecţia anafilactizantă. Obţine în mod constant fenomene de anafilaxie, fără nici o specifitate însă: animalele inoculate cu extracte de tumori, capătă fenomene de anafilaxie fiind injectate şi cu ser şi cu extracte de organe normale. Fenomene însă mai puţin alarmante în cazul substanţelor heterologe ca în cazul substanţelor omologe. CIUCĂ

RÖSE. — **Beobachtungen und Erfahrungen über Ruhr in Ostasien** (Observations et experience sur la dissentérie en Extrême-Orient) (*Zeitsch. f. Hygiéne*

t. LXI 1908, p. 1—48 *d. Bulet. Inst. Past.* No. 13, 1909). Autorul a izolat 4 dizenterici: 2 tip Shiga-Kruse, 2 aberanţi (cari au aglutinat însă. A studiat de asemenea câte-va cazuri de dizenterie amibienă; după el submucoasa ar fi sediul principal al amibelor; de aicea emigrează peste tot. In 2 cazuri asociaţie de amibe şi dizenterici.

CIUCĂ

W. A. SCHMIDT. — **Studien über Präcipitinreaktion und erhitzt Eiweisstoffe.** (Precipitine şi albumine încălzite). *Biochem. Zeitsset.* t. XIV, 14 nov. 1908 p. 294—348 *d. Bulet. Inst. Pasteur* No. 13 1909). Pentru a nu se coagula autorul face prealabile diluţii de ser, cu ser fiziologic 0.8$^0/_{00}$, diluţii 1 : 1; 1—6; 1—10 pe cari apoi le supune la încălzire sau la acţiunea precipitinelor. Soluţiunile de substanţă precipitabilă erau aduse la titlul de 1$^0/_0$ şi cantităţile de precipitină întrebuinţată destul de ridicate.

Serul uscat la 110° şi rediluat este încă precipitat de o precipitină ordinară; reacţia e însă întârziată. După o încălzire de $^1/_2$ oră la 150°, serul uscat nu mai este precipitabil. Cu serul ast-fel uscat Löfler a obţinut o precipitină activă pentru antigen şi chiar pentru acelaş ser neîncălzit. Serul uman încălzit $^1/_2$—1 oră la 75° încă a precipitat deşi cu întârziere, care a fost şi mai îndelungată cu serul încălzi; la 90°. Serul precipitant încălzit o jumătate oră la 70° lucrează încă, însă destul de slab; încălzit la 75° e inactif asupra serului încălzit şi neîncălzit.

Serul încălzit o jumătate oră la 70° şi injectat dă o precipitină activă şi pentru serul încălzit şi pentru cel neîncălzit, precipitatul fiind mult mai abundent în serul încălzit; mai slab precipită serul încălzit la 100°. S'ar forma prin urmare un anticorp special pentru serul încălzit, anticorp, care ar lua naştere după 6—8 injecţiuni.

Dacă serul e încălzit în prezenţa Co^3 Na^2 2$^0/_{00}$, precipitina care să obţine este mai puţină activă pentru serul neîncălzit de cât pentru cel încălzit la 100°.

Un amestec de ser brut şi de ser încălzit la 85°—90°, nu dă aceiaşi precipitină ca un ser încălzit la 70°; e mai puţin activă şi nu precipită serul încălzit la 100°; s'ar părea că cele 2 seruri să contrariază.

Interpretate (Obermeyer, Pick) aceste fapte după Ehrlich, s'ar putea considera precipitina ca compusă dintr'un grup thermolabil, care determină precipitarea, şi un grup haptofor rezistent la căldură şi care ar deveni prin acest mijloc un precipitoid, capabil de a împedica precipitina activă. Substanţa precipitabilă în acelaşi fel ar avea un grup thermolabil şi unul rezistent, care prin încălzire ar deveni un precipitogenoid, cu aceia-i acţiune defavorabilă asupra precipitinei, active. Schmidt n'a putut însă observa direct acţiunea împedicătoare a precipitogenoidului, căci un amestec de ser brut şi de ser încălzit la 85° lucrează alt-fel ca un ser încălzit la 70°, probă că acesta din urmă nu conţine cele două antigene. Conchide daci că complexul precipitabil conţine o serie de grupuri labile, succesiv atinse de temperaturi crescânde. Proprietatea precipitogenă a serului încălzit în prezenţa Co^3 Na poate servi la identificarea serului cuagulat, care s'ar disolva cu Co^3 Na^2 şi s'ar obţine cu el o precipitină pentru serul brut.

CIUCĂ

I. G. SLEESWIJK. — (Inst. Past. Brux.) **Untersuchungen über Serum hypersensibilität.** (Cercetări asupra ipersensibilităţei la ser *Zeitsch. f. Imm. forsch.* I Orig. t. II, 1 Mai 1909, p. 133—158 d. *Bulet. Inst. Past.* No. 13, 1909). Autorul a găsit un mijloc foarte uşor de a debarasa serul de substanţă toxică, amestecându-l cu globuli roşi de cobai (cari în urmă să lasă la oparte prin centrifugare) sau cu sulfat de Barium. Constată ca şi Besredka: 1. Că să poate atenua toxicitatea serului prin dializă fără a modifica puterea sensibilizantă sau vaccinantă; 2. Că partea precilitabilă prin alcool din ser este aproape lipsită de toxicitate fără a i se modifica puterea vaccinantă: 3. Că serul cobailor hipersensibilizaţi nu fixează alexina în prezenţa serului de cal: 4. Ca la cobaii, cari au suferit de anafilaxie, nu se găseşte alexină în ser.

CIUCĂ

VOIGT. — **Inoculations comparées avec vaccine, et variole ovine** (*Zeitsch. f. Infeh. Kronk. der Haustiere* t. VI, f. 2, fév. 1909). Bollinger admitea 2 varietăţi de variolă: umană şi ovină; toate celelalte sunt forme aberante a acestora. Varietate de variolă ar da o imunitate pentru aceaşi varietate, mai slabă pentru celelalte varietăţi din grup. Experienţele lui Voigt aduc la lumină următoarele fapte. Variola şi vaccinul evoluează la maimuţă mai repede ca la om şi e mult mai benignă. Variola umană dă accidente locale numai la bovidee, oi, capre, epuri. Nu prinde la porc, îi dă însă un grad de imunitate pentru vaccin, care dă o afecţiune febrilă la maimuţe şi porc şi accidente locale numai bovideelor, caprelor, epurilor. Vaccinul ca şi variola dă o imunitate slabă faţă de ovină şi reciproc. In ce priveşte clavelea la capre Voigt (*Arch. f. wissensch a. prokh. Tresheslkund* t. XXXV, 1909) repetă experienţele lui Koneff asupra caprinei (trecere de ovină la capre) cu mai puţin succes ca Koneff, chiar ţinând socoteală de recomandaţia lui Koneff de a nu trece nici odată caprina de la oac, la oae ci totdeauna direct capră-oae. Variola după Voigt dă pe corneea epurilor modificări caracteristice; ovina produce numai o mică opacifiare şi nu împedică pustula vaccinală; nu dă nimic sub piele la epuri

CIUCĂ

VOIGT. — **Expériences sur la conservation du vaccin.** Frank Alexall susţine că vaccinul nu să resimte la o temp. de — 180° 11 săptămâni. V. preconizează ghetarul în cazurile de păstrare timp de mai multe săptămâni. In ce priveşte experienţele: Lanolina pare că conservă mai mult timp activitatea virusului, mai slab distrugător de germeni, nu prezervă contra mucigaiurilor e prea groasă şi mai greu de manipulat, trebuind să se frece bine suprafaţa scarificată. In vaccinul cu vaselină numărul germenilor merge crescând. In Germania legea obligă pe vaccinatori a dilua vaccinul cu o cantitate de glicerină cu atât mai mare, cu cât vaccinul e recoltat mai recent.

CIUCĂ

HEINRICH WERNER. — **Studien über pathogene Amöben.** *Arch. f. Sch. u. Tropenhyg*, t. XII, 1908 Sept. 11, 18 p.—6 pl. d. *bulet. Inst. Pasteur*, No. 13, 1909), Autorul a găsit în cazurile de dizenterie amibienă de 9 ori E tetragena la bolnavii venind din Indii, America şi Africa; de 3 ori E hystolitica, provenienţa Iava şi Indii. — E. tetragena lezne de recunoscut după Kariosom; E. histolitica să recunoaşte după sărăcia nucleului în cromatină. Incubaţia medie pentru ambele ar fi de 8 zile; infecţiunea mortală evoluează aproximativ în 6 zile jumătate; a reprodus la pisică chiar un absces al ficatului. Pasagiile la pisică în serie au fost împedicate la a 2-a, 3-a trecere de trichomonas intestinalis, n'a putut reproduce infecţiunea la cobai şi guzgani. Nu le-a putut cultiva şi n'a observat nici o evoluţie în tubul digestiv al muştelor domestice.

CIUCĂ

C. ZONCHELLO. — **Vibrioni isolati durante il peregrinaggio mussulmano del 1907—1908 contaminato di colera** (*Ann. Ig. Sper.* t. XIX (n. s.) f. 1, 1909 p. 1—18 d. *Bulet. Inst. Pasteur,* No. 13, 1909). Examinând scaunele a 216 pelerini (dintre cari 9 cholerici) venind din Indii spre Meca şi examinând şi apa potabilă de pe vasele, cari îi transporta, autorul a izolat 19 vibrioni cu caractere diferenţale între ei: 1) Din scaunele unui pelerin sănătos şi din apă izolează vibrioni, cari nu lichefiază gelatina, nu dau indol nu aglutinează cu serul specific; unul din ei cu 2 cili în loc de unul, patogen pentru guzgani şi o hemolizină. 2) O serie de 5 vibrioni, lichefiază gelatina, nu dau indol, nu sunt aglutinaţi de serul specific (tip Finkler Prior); trei din ei dau şi gaze, coagulează laptele şi dizolvă repede chiagul. 3) Din scaunele unui pelerin, mort cu fenomene clinice de choleră, a izolat un vibrion care lichefiază gelatina, dă reacţia indolnitroasa, nu e aglutinat de serul specific (tip de pseudocholeric din apă). 4) O serie de 10 vibrioni, lichefiind gelatina, dând reacţia indol nitroasă şi fiind aglutinaţi de serul specific, prezintă toate caracterile adevăraţilor vibrioni cholerici; au fost izolaţi din scaunele cholericilor şi a 2 bolnavi atinşi de dizenterie. — Puterea hemolitică la aceşti vibrioni inconstantă şi foarte variabilă. Autorul mai crede că sunt cazuri de choleră cu incubaţie foarte lungă (peste 16 zile), cazuri, carî ar explica contaminarea în unele împrejurări.

CIUCĂ

Neurologie şi psihiatrie

V. COLOMBE. — **Sulle fine alterazioni dei nervi periferici nella febbre mediteranea** (*Rivista di patologia nervosa e mentale,* fasc. 4, 1909). Atât bacilus melitensis cât şi endotoxinele sale producând sânt injectate în vase leziuni de nevrită parenhimatoasă interesând cilindrul axil. Traumatizând nervul înainte de injecţie se observă o localizare electivă în punctul lezat unde se produce în aceste condiţiuni şi o violentă reacţie inflamatorie.

Durerile din febra mediteranee trebuie considerate ca de natură nevritică.

C. PARHON

LENOBLE et AUBINEAU.—**Un cas de névrose singulière familiale (myoclonie) avec glycosurie et crises épileptiformes.** (*Revue Neurologique* No. 13 1909). La o bolnavă ce sucombă la 19 ani de tuberculoză pulmonară exista din prima copilărie o polidipsie progresivă, cefalalgii, ameţeli cu forma rotatoare, exagerarea reflexelor tendinoase, tremurături une-ori generalizate ce aminteau tremurătura intenţională. crize epileptiforme. Vederea fu pierdută şi se remarcă o glicozurie progresivă

La examenul centrilor nervoşi în afară de o diminuare a volumului encefalului care nu mai cântărea de cât 1070 în loc de 1256 greutatea medie la femee, nu s'a notat de cât o scleroză a nervului optic ce pare a fi consecutivă diabetului. Examenul centrilor nervoşi foarte amănunţit făcut de Nageotte a rămas complect negativ.

Mai mulţi membrii din familie au prezentat fenomene mioclonice. Autorul clasează cazul între mioclonice

C. PARHON

ETTORE LEVI. — **Sur un nouveau cas d'achondroplasie.** (*Nouvelle Iconographie de la Salpetrére,* No. 2, 1909). Observaţiunea unui bărbat de 25 ani cu talia 1. m. 25. Bolnavul prezenta uşoară scolioză cervico-dorsală. Indicele radio-humeral şi femuro-tibial sunt puţin mărite.

Există o manifestă ipotonie articulară care a determinat mai multe luxaţiuni. Cel de al 4-lea metacarpian şi metatarsian sunt mai scurţi de cât ceilalţi din care cauză implantaţiunea degetului respectiv se face pe un plan mai posterior celorlalte. Cubitul e mai scurt de cât radiul.

Osificarea cartilagelor de conjugaţie e complectă. Formula hematologică nu e alterată. Sero reacţia lui Wassermann negativă. Autorul considera achondroplasia ca o eredointoxicaţiune de origină maternă.

(Această interpretare nu explică însă achandroplasia transmisia ereditar de tată nici speciile de animale achondroplase. Nota referentului). C. PARHON

G. MARINESCO. — **Deux cas de sclérose en plaques améliorés par la radiothérapie.** (*Annales d'Electricite médicale,* 1909). Autorul supune la tratamentul prin razele Roetgen 2 bolnavi atinşi de scleroză în placi.

S'au făcut 15 şi 40 şedinţe la 2—3 zile aplicându-se razele pe regiunea cervicală şi lombară timp de 7—10 minute. Intensitatea a fost egală cu 1 m. A. Distanţa bolnavului de focar de 15 cm. Cantitatea de raze corespundea la 5 H şi calitatea la 75. Razele au fost filtrate pentru a nu lăsa să treacă de cât cele dure. In ambele cazuri tremurăturile s'au atenuat, vorbirea a devenit mai bună. Râsul spasmodic ce exista la unul din bolnavi a dispărut şi acelaş bolnav care nu mai era capabil să scrie de ani de zile poate acum să o facă în mod destul de satisfăcător.

Rezultatele vor fi de sigur cu atât mai favorabile cu cât cazurile sunt mai recente. In tot cazul ameliorarea e în cazurile acestea foarte evidentă pentru ca tratamentul să fie încercat şi în alte cazuri de acelaş fel. C. PARHON

MASSORO. — **Sulla natura organica degli affeti.** (*Rivista italiana di Neurologia* No. 6, 1909). Observaţiune curioasă a unei fete de 18 ani care după vr'o săptămână de la apariţiunea unei gripe pierde tot amorul puternic ce 'l păstra logodnicului ei. Nici o altă turburare psihică. Intelectualiceşte păstra aceiaşi înaltă apreciaţiune pentru el dar tonusul afectiv lipsea. Autorul compara pe bolnava sa cu cei atinşi de daltonism unde imaginea vizuală exista dar coloritul lipseşte.

Cam după o lună de la apariţia turburărilor bolnava s'a vindecat revenind la starea de mai înainte de gripă. C. PARHON

ROSSI et ROUSSY. — **Etude anatomique d'un quatrième cas de sclérose latérale amytrophique.** (*Revue Neurologique,* No. 11 1909). Ceea-ce face interesul cazului e faptul că autorii au putut urmări degenerescenţa fibrelor fasciculului piramidal până în scoarţă. Fibrele degenerate din frontala ascendentă foarte numeroase făceau un contrast isbitor cu numărul minim (2—3 pe o secţiune) al celor din parietala ascendentă. De asemenea existau numeroase fibre degenerate în piciorul primelor 2 frontale şi în partea anterioară a lobului paracentral şi a operculului rolandic.

Reese că aceste regiuni: frontala ascendentă cu partea posterioară a primelor 2 frontale şi porţiunea anterioară a lobului paracentral reprezintă de fapt zona motrice care e *înainte* de şanţul lui Rolando. Parietala ascendentă dacă participă la inervaţiunea motrice nu o poate face de cât într'o măsură minimă.

Rezultatele acestea sunt de acord cu ultimele cercetări făcute prin metode variate asupra localizărilor motrice corticale. C. PARHON

P. SAINTON. — **Les chorées chroniques.** Raport prezentat la al XIX-lea Congres al alieniştilor şi neurologiştilor francezi. Nantes, August 1909. Autorul conchide că termenul de coree trebue păstrat pentru mişcările anormale, repezi, logice, neîndemînatice, continue de regulă generalizate şi dispărând în cursul somnului.

Aşa zisele corei ritmice trebuesc deci eliminate. Ele ar aparţine isteriei.

Intre coreele cronice autorul coprinde: 1. Coreea cronică progresivă a cărei varietate heredofamilială o reprezintă coreea lui Hutington: 2. Coreea lui Sydenham trecută în stare cronică: 3. Coreea variabilă a degeneraţiilor.

Primele 2 pot exista succesiv la aceiaşi bolnavi.

Alături de coreele cronice propriu zise există o serie de sindrome coreiforme din cari cea mai importantă e hemicoreea simptomatică.

Leziunile coreilor cronice progresive ereditare sau nu sunt identice ţinând de procese encefalo-meningee cronice interesând mai ales circomvoluţiile şi predominând după cazuri asupra celulelor nervoase, asupra nevrogliei sau vaselor. C. PARHON

SANTE de SANTIS. — **Quadri clinici di Dementia precox nell'infanzia e nella fanciullezza.** *(Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Etettroterapia,* fasc. 3, 1909). Există în copilărie precum probează observaţiunile autorului şi altele streine, forme clinice cu mers acut sub-acut sau cronic, vindecându-se în total sau în parte sau rămânând incurabile prezentând cliniceşte fenomene hebefrenice sau catatonice ca cele din demenţa precoce.

Printre cauze găseşte alcoolizmul părinţilor, infecţiuni variate, (ca tusea convulsivă, infecţiuni intestinale, pleurita, rachitismul, traumatismul psihic, alte-ori nu există cauze externe aparente.

E probabil zice autorul că aceste diferite cazuri nu aparţin unei singure boale dar e necesar mai întâi a se aduna materialul şi în urmă a face diferenţierile posibile. C. PARHON

STCHERBAK. — **Des symptomes dystrophiques et de la diminution temporaire pathologique de l'excitabilité galvanique des muscles dans la paralysie myasthénique.** *(Revue Neurologique* No. 9, 1909). Autorul semnalează faptul că aceiaşi muschi la intervale de 2 zile pot prezinta excitabilitatea electrică aproape normală sau din contră foarte scăzută. Bolnava mai prezenta încă atrofii musculare, fenomen ce a mai fost notat în miastenie. D'Arsonvalizarea pare a fi avut rezultate favorabile şi autorul crede că ea ar merita să mai fie încercată. C. PARHON

CONRADO TOMASI.—**Sul valore diagnostico delle reazione di Porges col glicocolato sodico sul siero dei malati di paralisi progressiva.** *(Rivista di patologia nervosa e mentale,* fasc. 2, 1909). Reacţiunea precipitantă cu glicocolatul de sodiu nu e constantă în paralizia generală. In plus ea poate exista în proporţii aproape egale la indivizi indemni de sifilis şi paralizia generală. La acelaş individ paralitic sau nu rezultatele nu sunt tot-deauna aceleaşi. C. PARHON

Patologie internă

Dr. R. BURNAND. — **Un cas de tuberculose sous-pleurale étendue supportée plusieurs années par un officier en activité.** *(Revue de la Suisse Romande* No. 7 Julliet 1909). Este istoria clinică destul de interesantă de şi cazurile asemeni nu sânt poate așa de rari pe cât, s'ar crede — autopsiile o mărturisesc — a unei forme de *pneumonie pleurogenă tuberculoasă,* cum a numit-o Prof, Bard. Pacientul de care e vorba, de o vigoare excepţională, a suportat în mod victorios boala sa timp de 7 ani, cu întreruperi neînsemnate ale serviciului destul de penibil necesitat de cariera lui. Actualmente el poate fi considerat ca vindecat definitiv. In adevăr, pe lângă vindecarea clinică aparentă (supresiunea febrei, creşterea rezistenţei), se mai constată faptul îmbucurător că la examene repetate sputa nu mai prezintă bacili. Semnele stetoscopice rămânând însă aceleași în tot timpul, autorul crede în substituirea unui catar banal catarului vechiu bacilifer, iar din punct de vedere anatomopatologic a avut, probabil, loc o transformare scleroasă a vechilor cavernule și tracete anfractuoase unde erau la început focare de cazeificare activă.

MARIA MĂCIUCESCU

Dr. A. FRANZONI.—**Sur un cas clinique d'Addison aigü.** *(Revue de Suisse Romande* No. 7 Juillet 1909). Cazurile acestea sânt extrem de rare în literatura medicală, și acel de care e vorba aici, e primul urmat de autopsie. La o femeie de 27 ani cu artrită tuberculoasă a genunchiului drept, pe care o avea de la vrâsta de 7 ani și pe care o tratase după cum se obișnuește (injecţii cu formalină iodoformată, răzuirea traectelor fistuloase etc.), survine în mod brusc întreg cortegiul simptomatic cunoscut al maladiei bronzate, în urma aplicării unui bandaj gipsat. Fenomenile agravându-se bolnava nu întârzie de a sucomba. La autopsie se constată o tuberculoză veche a ambelor capsule suprarenale, cuprinzând zone scleroase și chiar de calcificare, alături de focare cazeoase. Autorul mai relevează și faptul că cicatricea de la genuchiu era în acest caz mult mai intens pigmentată de cât restul tegumentelor — de și în general cicatricele nu sânt pigmentate nici în maladia lui Addison, — și înclină a crede că pigmentul addisonian are o origină și un rol vital deosebite de ale pigmentului normal al pielei. MARIA MĂCIUCESCU

Dr. MORAX. — **Méningite cérébro-spinale dans le canton de Vaud.** *(Revue de la Suisse Romande* No. 7 Juillet 1909). Notă statistică din care se vede că meningita cerebro-spinală, care și-a făcut pentru prima oară apariția la Geneva la 1805, tinde să se înmulţească în Elveţia. Câte-va din guvernele cantonale au cerut chiar să fie pusă sub legea federală din Iulie 1886 asupra epidemiilor de primejdie generală. In cantonul de care se ocupă autorul, maladia aceasta, de și foarte gravă, a rămas totuși totdeauna sporadică, ca și 'n celelalte regiuni ale Elveţiei, fără să formeze un focar epidemic propriu zis, cu tendinţă la întindere.

MARIA MĂCIUCESCU

Dr. MOST *(Breslau).* — **L'état actuel du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.** *(„Tuberculosis“* Mars 1909. Vol. 8. No. 3). Intervenţiile chirurgicale, pneumotoraxul artificial sau toracoplastia fie parţială în tratamentul tuberculozei pulmonare sânt încă prea puţine la număr faţă de extensiunea enormă a acestei afecţiuni, în cât nu este încă permis să se tragă concluzii definitive în această chestiune. MARIA MĂCIUCESCU

ROSSBACH (München). — **Asupra sclerozei vaselor abdominale.** *(Münch. Med. Woch.*, No. 19, 1908). — Autorul descrie observaţiunea şi necropsia unui bolnav atins de scleroză intensă a aortei abdominale.

Bolnavul se plângea de crampe intense în abdomen, nedependinte de ingerare de alimente, mai intense în timpul perioadelor menstruale, dar venind une-ori şi în intervalul acestor perioade. In timpul acceselor avea senzaţia de greutate pronunţată în membrele inferioare.

Nici un semn de scleroză a arterelor periferice.

La necropsie s'a găsit: un cord ipertrofiat. Aorta abdominală mult îngroşată (pereţii măsurau 2—3 mm. grosime), intima şi media încărcat cu seruri calciu.

Aceste leziuni se continuea în artera mesenterică superioară şi în iliace, fără să treacă însă în femorale. Nimic din partea rinichilor.

Cazul este interesant din punctul de vedere al fenomenelor clinice, încă puţin cunoscute, pe care le poate provoca scleroza aortei abdominale. Este de remarcat că această localizare a sclerozei a determinat o ipertrofie a venticulului stâng, şi o stare de tensiune arterială constant ridicată (285-Recklinghausen; 110—145 Riva. Rocai), datorită numai aortitei abdominale (nici o leziune renală, nici o leziune din partea arteriolelor şi opfilarelor vircerale).

S'a dat diferite numiri acestei afecţiuni:

Angina abdominală, dyspragie intermitentă arterioscleroticá intestinală, etc.

DANIELOPOLU

STADELMANN (Berlin). — **Asupra trombozei arterei pulmonare.** *(Deutsche Med. Woch.* 25—909). Istoria unui caz de trombosă completă a arterei pulmonare la un bolnav de 27 de ani, cu semne clinice de stenoză şi insuficienţă mitrlă, dar care nu prezintase în timpul vieţei nici o turburare datorită acestei trombose.

Ambele ramuri ale pulmonarei erau complect obstructe de un trombus care adera intim de peretele arterial şi care se continua în parenchimul pulmonar până în ramurile de a doua şi a treia categorie.

Peretele arterei pulmonare era îngroşat, iar în pulmon se găseau numeroase infarcte.

In restul sistemului arterial nu există nici o urma de arterioscleroză.

Autorul crede că tromboza în acest caz, este datorită sclerozei arterei pulmonare.

Este probabil că în acest caz obstrurea arterei pulmonare s'a făcut în mod cu totul lent, ceia-ce a permis anastomoselor dintre ramurile arterei pulmonare şi cele ale arterelor bronchice să se dezvolte suficient. Numai în acest mod se poate explica faptul bizar pentru un moment că bolnavul nu a prezintat în timpul vieţei nici o turburare datorită obstrucţiei arterei pulmonare.

DANIELOPOLU

Pediatrie

BABONNEX. — **Contrtbution à l'étude anatomique de l'idiotie mongolienne.** *(Arch. de Med. des Enf.* Iulie 1909). Studiu microscopic şi histologic al unui creer de mongolian din serviciul lui Comby. S'a găsit o agenezie evidentă: creer mic, lissencefalie, microgyrie, rarefacţia celulelor scoarţei cerebrale; celulele rămase sunt puţin dezvoltate, sărace în corpuri cromatofile şi fără pigment.

Dar mai existau şi leziuni incontestabile ale meningelor moi cari erau îngroşate, adherente, vasele (mai cu seamă vinele) erau congestionate şi împrejurate cu nodule inflamatorii. Capilarele erau dilatate, cu pereţii infiltraţi de celule embryonare şi cu teaca limfatică încărcată cu pigment.

Autorul crede că leziunile meningeale sunt primitive şi că agenesia e secundară. Despre natura meningitei cronice e imposibil de a se pronunţa.

GR. JACOBSON

BONNEMAISON et PECKER. — **Meningite cerebrospinale grave. Traitement par le serum de Dopter guérison.** GR. JACOBSON

WALTHER BIRK. — **Über die Anfänge der Kindlichen Epilepsie.** (Modurile de debut ale epilepsiei infantile). *(Ergebn. der Innem Medic. u. Kinderheilk.* Vol. III. p. 551). Din această revistă generală în care sunt studiate diferitele forme clinice de debut ale epilepsiei, credem interesant de a extrage părerea autorului asupra diagnosticului diferenţial între epilepsia şi convulsiunile la sugaciu. Chestiunea se prezintă ast-fel: Oare unele convulsiuni din prima copilărie nu sunt deja accese de epilepsie: Şi ce ne poate permite de a zice, într'un caz anume, că avem afacere cu epilepsie?

Dacă excludem convulsiunile febrile de la debutul boalelor infecţioase cari, din avizul tuturor n'au nici o relaţie cu epilepsia, *putem pune diagnosticul de epilepsie de câte ori nu există nici o manifestaţie de spasmofilie.*

Din cercetările lui Thiemich şi Birk rezultă că nu există nici o relaţie între spasmofilia şi epilepsia. Aceşti autori au putut urmări 64 copii cari prezentaseră manifestaţii spasmofilice, până la vârsta de 12—14 ani. Nici unul din aceştia n'au devenit epileptici. De sigur că epilepsia poate surveni la un spasmofilic, dar e vorba de o coincidenţă.

Prin urmare, la copiii cu convulsiuni se vor căuta cu atenţie manifestările spasmofilice, în particular semnele facialului, laryngospasmul, semnul lui Trousseau şi în primul rând reacţia electrică particulară a nervilor (AÖZ > ASZ şi KÖZ > 5 Ma) pentru curentul galvanic.

Dacă se găsesc aceste semne, epilepsia poate fi eliminată: în caz contrar e vorba de o epilepsie sau de o boală cronică a sistemului nervos (Meningite, epilepsiei symptomatice).

Un al 2-lea semn diferenţial important este că accesele de spasmofilie se prezintă în mare număr într'un interval de timp, accesele de epilepsie adesea ori sunt izolate sau în număr mic, dispar fără cauză şi fără tratament şi revin adesea-ori numai după un interval de mai mulţi ani.

Restul articolului e o bună revistă generală demnă de a fi citită.

GR. JACOBSON

BRUCH. — **Mastoidite scarlatineuse. Phlegmon amygdalien scarlatineux** *Arch. de med. des Enf.* Iulie, 1909. GR. JACOBSON

BRUCH. — **Observation concernant trois enfants jumeaux nés le 20 Juillet 1907.** *(Arch. de med. des Enf.* febr. 1909). GR. JACOBSON

MAX BRÜCKNER.—**Über die cutane Tuberkulinprobe nach von Pirquet.** (Cutireacţia la tuberculină după Pirquet). *Jahrb. für Kinderh.* September, 1909. Revistă generală şi statistică personală. Concluziile sunt cele cunoscute lui Pirquet. Nimic nou. De remarcat în bibliografie lipsa complectă a autorilor francezi.

GR. JACOBSON

BRUDZINKI. — **Sur le triangle de Grocco-Rauchfuss-Hamburger, dans le pleurésie séro-fibrineuse chez les enfants.** *(Arch. de méd. des Enf.*, Martie 1909). Grocco, şi în urmă Rauchfuss, au descris în pleuresie, în partea opusă a epanşamentului un triunghiu de submatitate, paravertebral. E vorbă de un triunghiu dreptunghiu cu una din catete reprezentată prin coloana vertebrală şi a cărui vârf se găseşte la nivelul limitei superioare a epanşamentului.

Hamburger a descris semnul invers adică o zonă de sonoritate relativă paravertebrală în partea epanşamentului. A arătat pe de altă parte că pe dinainte, dealungul sternului se poate constata de asemenea o zonă de matitate relativă parasternală în partea sănătoasă şi o zonă de sonoritate relativă parasternală în partea epanşamentului.

La nivelul triunghiului lui Grocco respiraţia e diminuată sau bronşică şi se poate constata egofonie precum şi semnul banului. Matitatea dispare când bolnavul se culca pe partea epanşamentului.

Valoarea semnului este apreciată în mod variabil de diferiţii autori: în general semnul este destul de constant. Se poate observa şi în pneumonie, dar în acest caz matitatea nu dispare când bolnavul se culcă pe partea epanşamentului. (Thayer şi Fabian).

Pare dovedit că semnul e datorit unei deplasări a mediastinului (secţiuni prin congelaţie) dar Rauchfuss crede că în producerea matităţei mai intervine şi vibraţiunea peretelui toracic din partea opusă.

Această explicaţie pare valabilă cel puţin pentru zona de sonoritate paravertebrală lui Hamburger.

Acest din urmă autor a arătat că dacă printr'o compresiune energică se împiedică vibraţiunile peretelui toracic din partea sănătoasă, zona lui Hamburger dispare.

GR. JACOBSON.

COMBY — **La désinfection dans la rougeole** *Arch. de méd. des Enf.* Iulie 1909. Scurtă revistă generală, în care autorul arată că desinfectarea după pojar e o practică absolut inutilă şi vexatorie, afecţiunea ne mai fiind contagioasă după ce erupţia a dispărut. Propune de a se şterge pojarul din lista boalelor a căror declaraţie e obligatorie.

Ni se pare că trebue făcută aci o deosebire: toată lumea admite azi inutilitatea desinfectărei după rugeolă. Dar credem că declaraţia boalei trebueşte menţinută întru cât permite până la un oare-care punct de a lua măsuri de izolare, mai cu seamă când e vorba de copiii cari frecventează şcolile.

GR. JACOBSON

COMBY. — **Rôle de la la Contagion humaine dans la tuberculose infantile.** *(Arch. de méd. des Enf.*, Martie 1909). Autorul revine încă odată asupra acestei chestii, cu aceleaşi argumente cunoscute de toate lumea. Neagă ereditatea tuberculozei, ceea-ce e admis de toţi, şi neagă de asemenea predispoziţia ereditară la tubercoloză, ceea-ce e mai contestabil. Combate din nou infecţiunea pe cale intestinală, fără a aduce nici un argument nou în desbatere. Infecţia se face pentru dânsul aproape tot-deauna pe cale respiratorie şi proba este adenopatia tracheobronşică. E de remarcat că Comby n'a renunţat nici odată la acest din urmă argument, cu toate că este inadmisibil ca să nu ştie că această localizare a tuberculozei se observă *experimental* şi la animalele infectate pe alte căi de cât calea respiratorie.

GR. JACOBSON.

J. COMBY. — **Lymphocytemie infantile.** *(Arch. de med. des Inf.* febr. 1909). Revistă generală. GR. JACOBSON.

CRUCHET et LEURET. — **Nouveau cas d'exulceration sublinguale (maladie de Riga) avec autopsie.** *(Arch. de méd. des Enf.,* Martie 1909). Caz de maladie lui Riga, forma gravă, urmat de autopsie. Secţiunile au arătat că nu e vorbă de o tumoare ci de o leziune pur inflamatorie. G. J.

— **Erythrodermie desquamative des nourrissons.** (Revistă generală după un articol lui Carl Leiner). E vorba de o maladie nouă, foarte gravă, specială sugacilor. Etiologie necunoscută. E probabil vorba de un erytem prin auto-intoxicaţie de origină digestivă. Dermatita lui Leiner diferă cu totul de dermatita exfoliatrice lui Ritter GR. JACOBSON.

GAUJOUUX. — **Classifications etiopathogénique des constipations chez l'enfant.** *(Arch. de Med. des Enf.* Iulie 1909). Iată în rezumat această clasificaţie:

I. *Constipaţii prin obstacol:*

a) Obstacol absolut: diferitele tipuri de oclusie intestinală;

b) Obstacol incomplect: stricturi, îndoituri, spasme, flexuosităţi exagerate, spasm piloric etc.

II. *Constipaţii prin modificări ale conţinutului:*

a) Constipaţii prin diminutiunea ingestelor: alimentaţie insuficientă, vărsături incoërcibile, pylorospasm.

b) Constipaţii prin augmentarea resorpţiunei părţilor lichide sau prin asimilarea prea perfectă a alimentelor absorbite.

c) Constipaţii prin diminuaţia secreţiunilor intestinale, (boale febrile)

d) Constipaţie prin modificările calitative ale ingestelor. (lapte de vacă, alimentaţie prea bogată în feculente, lipsă de verdeţuri, etc.

III. *Constipaţie prin insuficienţa de acţiune a fibrelor expultrice:*

a) Constipaţia prin anestezia mucoasei: (obiceiul de a se reţine; abuzul clismelor, etc.).

Constipaţie prin paralizia centrilor (Hydrocefalie meningite, myelite, scleroze, cerebrale, etc.

c) Atonia primitivă a musculaturei intestinale, maladia lui Hirschprung.

d) Atonia secundară a musculaturei intestinale în urma unui proces inflamatoriu de vecinătate: peritonită, rectită, enterită gravă. GR. JACOBSON

GOFFERJÉ. — **Die Tageschwankungen der Körpertemperatur beim gesunden und beim kranken Säugling** (variaţiunile zilnice ale temperaturei corporale la sugaciul sănătos şi la sugaciul bolnav) *Iahrb. f. Kinderh.* August, 1908.

tubercoloză, ceea-ce e mai contestabil. Combate din nou infecţiunee pe cale intestinală, fără a aduce nici un argument nou în desbatere. Infecţia se face pentru dânsul aproape tot-deauna pe cale respiratorie şi proba este adenopatia tracheobronşică. E de remarcat că Comby n'a renunţat nici odată la acest din urmă argument, cu toate că este inadmisibil ca să nu ştie că această localizare a tuberculozei se observă *experimental* şi la animalele infectate pe alte căi de cât calea respiratorie.

GR. JACOBSON.

J. COMBY. — **Lymphocytemie infantile.** *(Arch. de med. des Inf.* febr. 1909). Revistă generală.

GR. JACOBSON.

CRUCHET et LEURET. — **Nouveau cas d'exulceration sublinguale (maladie de Riga) avec autopsie.** *(Arch. dr méd. des Enf.,* Martie 1909). Caz de maladie lui Riga, forma gravă, urmat de autopsie. Secţiunile au arătat că nu e vorbă de o tumoare ci de o leziune pur inflamatorie.

G. J.

— **Erythrodermie desquamative des nourrissons.** (Revistă generală după un articol lui Carl Leiner). E vorba de o maladie nouă, foarte gravă, specială sugacilor. Etiologie necunoscută. E probabil vorba de un erytem prin auto-intoxicaţie de origină digestivă. Dermatita lui Leiner diferă cu totul de dermatita exfoliatrice lui Ritter

GR. JACOBSON.

GAUJOUUX. — **Classifications etiopathogénique des constipations chez l'enfant.** *(Arch. de Med. des Enf.* Iulie 1909). Iată în rezumat această clasificaţie:

I. *Constipaţii prin obstacol:*

a) Obstacol absolut: diferitele tipuri de oclusie intestinală;

b) Obstacol incomplect: stricturi, îndoituri, spasme, flexuosităţi exagerate, spasm piloric etc.

II. *Constipaţii prin modificări ale conţinutului:*

a) Constipaţii prin diminutiunea ingestelcr: alimentaţie insuficientă, vărsături incoërcibile, pylorospasm.

b) Constipaţii prin augmentarea resorpţiunei părţilor lichide sau prin asimilarea prea perfectă a alimentelor absorbite.

c) Constipaţii prin diminuaţia secreţiunilor intestinale, (boale febrile)

d) Constipaţie prin modificările calitative ale ingestelor. (lapte de vacă, alimentaţie prea bogată în feculente, lipsă de verdeţuri, etc.

III. *Constipaţie prin insuficienţa de acţiune a fibrelor expultrice:*

a) Constipaţia prin anestezia mucoasei: (obiceiul de a se reţine; abuzul clismelor, etc.).

Constipaţie prin paralizia centrilor (Hydrocefalic meningite, myelite, scleroze, cerebrale, etc.

c) Atonia primitivă a musculaturei intestinale, maladia lui Hirschprung.

d) Atonia secundară a musculaturei intestinale în urma unui proces inflamatoriu de vecinătate: peritonită, rectită, enterită gravă.

GR. JACOBSON

GOFFERJÉ. — **Die Tagesschwankungen der Körpertemperatur beim gesunden und beim kranken Säugling** (variaţiunile zilnice ale temperaturei corporale la sugaciul sănătos şi la sugaciul bolnav) *Iahrb. f. Kinderh.* August, 1908.

Această lucrare conţine un număr considerabil de documente, dar e foarte grea de citit din cauză că autorul, care a abordat un număr mare de chestiuni nu-şi exprimă concluziile parţiale după fie-care serie de cercetări.

Memoriul e însoţit de un mare număr de curbe thermice cari sunt aproape de necitit din cauza dimensiunilor lor microscopice. Din punctul de vedere practic ne putem pune întrebarea dacă o aşa de mare preciziune (autorul numără în sutimi de grad) are vre-o însemnătate.

Gofferjé arată mai întâiu oscilaţiunile normale la sugaciu: curbele prezintă un platou superior care merge cam de la 10 a. m. până la 6 p. m., pe urmă temperatura scade şi prezintă un platou inferior care durează cam de la 10 seara până la 4 dimineaţa.

Acest cyclu zilnic pare a fi constant la sugaciul sănătos dar înălţimea platourilor variază puţin cu vârsta copilului. Aşa la copiii de 3 până la 4 săptămâni maximul se menţine între 36.5 şi 37; la sugacii de 1 lună şi $^1/_2$, platoul superior oscilează împrejurul lui 37, pe când la sugacii de 2—luni platoul superior trece de obiceiu de 37° cu câte-va divisiuni (37—37.2).

Cercetând pe urmă afirmaţiunile lui Weill (din Lyon) care crede că temperatura e diferentă la sugaciul la sân, şi la sugaciul alimentat artificial, autorul nu confirmă această părere: oscilaţiunile notate de Weill sunt, după dânsul, datorite faptului că copiii alimentaţi artificial observaţi de Weill prezentau uşoare turburări dyspeptice. Dacă sugaciul alimentat artificial suportă bine aalimontţia, curba termică ce o prezintă, nu diferă de curba sugaciului la sân, ne ţinând seamă, se înţelege, de cele câte-va zile de transiţie de la o alimentaţie la cealaltă.

Influenţa temperaturei camerei şi a hainelor deşi evidentă e totuşi neînsemnată: temperatura se ridică în totalitate cu câte-va sutimi de grad când temperatura ambiantă creşte: curba zilnică nu e modificială şi n'are nici un raport cu curba temperaturei ambiante.

Curba termică a pielei este destul de variabilă de oare ce depinde şi de temperatura ambiantă şi de temperatura centrală. In cazuri în cari nu intervene variaţiuni ale temperaturei ambiante, se poate observa că temperatura pielei variază în general în mod invers cu temperatura centrală; adică ridicările temperaturei centrale corespund cu scăderi în temperatura pielei şi vice-versa.

Variaţiunile zilnice ale temperaturei centrale se explică în primul rând prin activitatea musculară. In cursul nopţei, încetând aproape complect activitatea musculară, temperatura centrală scade. Pentru aceea când copilul creşte în vârstă, diferenţa între temperatura zilei şi a nopţii este mai mare.

In general mâncările nu influenţează curba termică: autorul a putut timp de o săptămână transpune mâncările zilei la orele corespunzăteare ale nopţii fără ca curba să fi fost influenţată în mod apreciabil.

Dieta absolută însă, timp de 24 ore a provocat o scădere a temperaturei care persista de câte-va zile şi se însoţea cu o scădere a eliminărilor azotate. In convalescenţă, temperatura la început scăzută devenea din nou normală când copilul îşi recăpătase greutatea.

In ceea ce priveşte curba termică în boalele febrile, Goffergé distinge trei tipuri:

In tipul I, (dispepsii, intoxicaţii alimentare, infecţii cronice, tuberculoză . .) curba este neregulată dar se mai poate recunoaşte cele două platouri ale curbei normale — platoul nocturn prezintă însă de obiceiu oscilaţii destul de accentuate.— Une-ori curba în totalitate se ridică cu câte-va zecimi de grad.

In tipul al II-a, cele două platouri se apropie şi curba are o tendinţă a descrie o linie dreaptă. Dispariţia scăderei nocturne a temperaturei este totdeauna patologică şi indică o stare infecţioasă.

In tipul al III-a, foarte rar, cele 2 platouri persistă, dar prezintă oscilaţii foarte accentuate.

GR. JACOBSON

HASSE. — **Der Icterus neonatorum.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Iunie 1909). După autor icterul noilor născuţi este datorit compresiunei ce o exercitează diafragmul asupra ficatului în primele inspiraţiuni: e vorba de un icter prin stază. După câte-va zile, stabilindu-se respiraţia normală, ficatul se descongestionează şi se produce şi o schimbare în situaţia organelor hilului hepatic, ast-fel că staza şi prin urmare icterul dispar. Detalii în text.

GR. JACOBSON

HUTINEL. — **Les portes d'entrée de la tuberculose chez les nourrissons.** (*Arch. de Med. des Enf.* Iulie 1909). Prof. Hutinel expune cu limpiditatea-i obişnuită chestiunea porţii de intrare a tuberculozei la sugaciu. După o discuţie critică a diferitelor teorii, ajunge la concluzia că la sugaciu tuberculoza de origină intestinală este destul de rară ($^1/_{10}$ din cazuri), că tuberculoza de origină bucală sau amigdaliană este excepţională şi că tuberculoza pulmonară aerogenă este cu mult cea mai frecuentă.

Nu este nimic de modificat la cele expuse în teza lui Küss.

Intr'o lucrare recentă, (Wiener, Klin. Woch. No. 15 p. 515) Prof. Escherich ajunge la concluzii identice.

Precum se vede, teoria tuberculozei prin inhalaţie după ce în timpurile din urmă pierduse ceva teren, îşi recâştigă din nou terenul pierdut şi cei mai însemnaţi pediatri consideră poarta de intrare pulmonară ca cea mai frecuentă la sugaciu.

Un singur punct jenează în mod evident pe partizanii acestei teorii: rezultatele experimentaţiunei care arată că adenopatii tuberculoase mediastinale se produc în urma inoculărilor făcute într'o regiune oare-care a corpului

GR. JACOBSON

IMERWOL. — **De la hernie de la vessie à travers l'urèthre dans la première enfance.** (*Arch. de med. des Enf.* fevr. 1900). Revistă generală şi caz personal.

KLOTZ. — **Milchsäure und Säuglingsstoffwechsel.** (Acid lactic şi schimburi nutritive la sugaciu) *Jahrb. f. Kinderh.* Iulie, 1909.

Cercetări foarte conştiincioase asupra schimburilor nutritive la sugaciu înainte şi după administrarea de acid lactic; concluzia acestor cercetări este că doze mici de acid lactic augmentează efectul util al alimentelor pe când doze mari produc efectul invers.

Explicaţia acestor fapte însă e cu totul hypotetică. Autorul trece în revistă diferitele hypoteze propuse de autori şi le discută.

Ca concluzie terapeutică se poate admite că o creştere moderată a proceselor de fermentaţie este favorabilă organizmului. Dar totul depinde şi de starea în care se găseşte organizmul. Aşa, în caz când peretele intestinal este deja alterat, o augmentaţie a formaţiunei de acid determină o agravaţie a stărei intestinale. La copiii sănătoşi, dozele mici de 1.5—2 gr. pe zi sunt de întrebuinţat de câte ori dorim să provocăm o creştere a proceselor de fermentaţie.

Intensitatea acestor procese depinde de acţiunea unei flore intestinale foarte zacharalytice asupra zachărului de lapte din alimentaţie. Zacharul de lapte fermentează foarte lesne producând acid lactic.

Această proprietate foarte preţioasă poate avea şi inconveniente provocând procese patologice. E cunoscut faptul că cu zachărul de lapte augmentaţiunile în greutate lipsesc sau sunt inferioare augmentaţiunilor ce se observă cu alti hydrati de carbon. Probabil că lactoza serveşte ca element de fermentaţie şi rămâne neutilizată pentru creşterea în greutate. E posibil că alţi hydraţi de carbon să fie de preferat, producând o fermentaţie mai puţin accentuată pe lângă o augmentaţie în greutate. Astfel alimentaţia cu zahăr de trestie sau de morcovi ar fi mai raţională.

Din cercetările lui Freund rezultă că zahărul de lapte împiedică formarea de scaune săpunoase. Din cercetările autorului rezultă că aceasta se întâmplă numai cu cantităţile mici de zahar de lapte: cu cantităţi mari, se produc scaune săpunoase. Ceea ce joacă rolul principal în acest fapt nu e zahărul de lapte ci acidul lactic. Şi zahărul de trestie ne dă tot aşa de bine cantitatea de acid activă. Cantităţi mai mari de zahăr de lapte vor provoca augmentarea săpunurilor din scaune. Nu este exact cum susţine Sittler că scaunele săpunoase se produc numai cu zahăr de trestie, lipsind cu zahăr de lapte. Acesta din urmă le poate asemenea provoca. Pe de altă parte zahărul de trestie determină augmentări în greutate pe cari zahărul de lapte nu le determină.

GR. JACOBSON

MOUSSU. — **De l'influence de l'état de santé des laitières sur la valeur du lait alimentaire.** (*Arch. dv méd. des Enf.*, Martie 1909). In acest interesant articol, Moussu studiază succesiv: *a)* influenţa alimentaţiei; *b)* influenţa variaţiunilor fisiologice; *c)* influenţa stărilor patologice ale vacilor asupra calităţilor laptelui alimentar.

Lucrarea merită a fi citită în întregime. Concluziile sună ast-fel:

1. Trebue să întrebuinţăm pentru laptele alimentar numai vacile în bună sănătate aparentă;

2. Să eliminăm sistematic animalele tuberculoase chiar numai prin faptul că au reacţionat la tuberculină;

3. Să interzicem momentan vinderea laptelui în toate cazurile de epizootie aftoasă sau de boală generală gravă;

4. Să eliminăm, pentru producerea laptelui alimentar, toate vacile atinse de boale ale ugerului;

5. Să ştim că laptele vacilor poate fi nociv pentru copii când e cules în cele 30 zile cari precedă sau în cele 8, cari urmează fătatul precum şi pe timpul rutului;

6. Să ştim că ar fi util, când e vorba de lapte pentu copii, de a elimina din alimentarea vacilor întrebuinţarea pulpelor, orzului care a servit la fabricaţia berei, a rămăşiţelor de distilerii de fabrici de zahăr şi în general a tutulor alimentelor fermentate sau stricate.

GR. JACOBSON.

OTTEN. — **Klinische Beobachtungen u. bakteriologische Untersuchungen bei der Krupösen Pneumonie der Kinder mit besonderer Berücksichtigung der meningealen Erscheinungen u. der Bakteriämie.** (Studiu clinic şi cercetări bacteriologice asupra pneumoniei franșe a copiilor și în special asupra manifestațiunilor meningee și bacteriemiei). *Jahrb. f. Kinderh. Mai 1909.* Monografie bazată pe 250 cazuri de pneumonie la copii până la vârsta de 15 ani.

E vorbă mai mult de o lucrare statistică în care nu se găsește *nimic nou.* Singurul punct original este lipsa complectă de bibliografie franceză într'o chestiune care a fost mai cu seamă studiată în Franța. GR. JACOBSON.

PLANCHU et GARDÈRE. — **Un cas de cyanose congenitale avec malformations cardiaques multiples chez un nourrisson mort par endocardite infectieuse.** Fapt clinic cu autopsie.

REEVE-RAMSEY. — **Über das Vorhandensein von Pepsin, im Magen des Säuglings und die Abhängigkeit seiner verdauenden Kraft von der Anwesenheit von Salzsäure.** (Asupra prezenței de pepsină în stomacul sugaciului și dependința puterei sale digestive de prezența acidului chlorhydric). *Iahrb. f. Kinderh.* August, 1908. Dintr'o serie de cercetări personale, autorul trage următoarele concluzii:

1. In stomacul sugacilor normali se găsește pepsină în mod constant;
2. la sugacii bolnavi de turburări gastro intestinale acute, pepsina este de obiceiu prezentă;
3. La un copil suferind de spazm al pylorului, pepsina și H Cl se pot găsi în cantități mai mari decât la un copil normal de aceiași vârstă;
4. Stomacul unui copil atins de atrofie cronică adesea ori nu conține pepsină;
5. Când copiii atrofici încep a prospera și a crește în greutate, pepsina reapare în stomacul lor;
6. Sucul gastric al copiilor sănătoși e în stare de a transforma proteidele în peptone și această transformație se poate face fără a adaoga vre-un acid în afară de acidul găsit în stare normală în stomac;
7. Pepsina e în stare de a digera în mod energic în sucul gastric, chiar când există acid lactic fără acid chlorhydric;
8. Acidul chlorhhdric și lactic se pot găsi fără pepsină; asemenea pepsină fără acidi chlorhydric sau lactic. GR. JACOBSON.

RIETSCHEL. — **Über congenitale Tuberkulose.** (Despre tuberculoza congenitală). *(Jahrb. f. Kinderh.* Iulie 1909). Tuberculoza congenitală poate fi datorită unei tuberculoze placentare a mamei, fie că infecția s'a făcut în perioada foetală, fie că s'a făcut în momentul facerei. In cazul din urmă, boala copilului poate dura luni întregi până la moarte (chiar $^1/_2$ an).

Infecțiunea foatului nu este însă *obligatorie* în caz de tuberculoză placentară. Tuberculoza congenitală e mai frecuentă decât s'a admis până acum. Dar trebuie știut că copiii cari s'au infectat în primele zile sau săptămâni ale vieței extrauterine pot sucomba încă mai repede. Un stadiu latent a bacililor tuberculoși pentru sugaciu nu e bazat pe nici o probă clinică sau anatomică.

Organizmul sugaciului infectat congenital sau în primele zile va sucomba în mod fatal în cele prime 6 luni. Teoria latenței baccililor tuberculoși a lui Behring și Baumgarten nu este exactă pentru organizmul sugaciului. Prin urmare ori-ce tuberculoză care se manifestă după 6 luni și în special pe la 1 an sau în anul al 2-lea trebue să fi privită ca o tuberculoză dobândită. GR. JACOBSON

ROSENSTERN. — **Exsudative Diathese u. Eosinophilie.**—*Jahrb. f. Kinderh.* Iunie 1909. S'a găsit o augmentaţie a numărului eosinofilelor în unele boli de piele (eczema, prurigo, pemphigus) în afecţiuni ale mucoaselor (polypi nasali, asthmă, catar intestinal eosinofil) în afecţiuni parasitare (trenia trichinoză, limbrici) în afecţiuni nervoase (epilepsie, choreă, migrenă).

Dar clinica a arătat de mult că există relaţii între unele din aceste afecţiuni (eczeme, asthm, migrenă, afecţiuni nervoase). Nu s'ar putea oare admite că eosinofilia constitută tocmai proba acestor relaţiuni?

Multe din afecţiunile în cauză sunt manifestaţiuni a unei stări diatesice căreia Czesny ia dat numele de diateză exrudativă. Nu cumva eosinofilia ar fi un stigmat al acestei diateze?

Autorul începe prin a controla eosinofilia normală la copii. Cifrele date de autori sunt variabile.

Rosenstern în numeraţiile ce le face eliminează toţi copii cu manifestaţii de diateză exsudativă şi în aceste condiţiuni găseşte un procent de eosinofili care e la fel cu cifrele observate la adult: 2,23°/₀ până la 2,43°/₀.

Făcând pe urmă cercetări la sugacii atinşi de *eczemă*, de *prurigo*, de *asthm infantil* şi de *dyspepsie* găseşte că în majoritatea cazurilor aceste afecţiuni se însoţesc de eosinofilie.

Cercetând mai de aproape cazurile de eczemă autorul constată că eosinofilia persistă şi după vindecarea acestei afecţiuni: prin urmare ea nu depinde de manifestaţia cutanată ci e probabil în legătură cu starea diatezică a copilului.

La adult s'a observat asemenea de diferiţi autori persistenţa eosinofiliei după terminarea acceselor de astmă: e vorba şi aici de un simptom al maladiei constituţionale şi nu de un symptom al accesului.

Peter a observat acelaş lucru în prurigo. Concluzie: *eosinofilia este peceata unei stări coustituţionale* care se poate manifesta şi prin alte simptome: eczema, astm, purigo.

GR. JACOBSON.

ROSENTHAL. — **Zur Frage des alimentären Fiebers.** (Chestiunea febrei alimentare). *Jahrb. für Kinderh.*, August, 1909. In acest interesant articol lucrat la clinica Prof. Czerny (din Breslau), autorul caută a elucida patogenia febrei alimentare, căreia Finkelstein îi atribuia o aşa de mare însemnătate ca semn al intoxicaţiunei alimentare. Se ştie că Finkelstein consideră febra alimentară ca o febră de zahăr, adică determinată de zahăr la copii, cu turburări dispeptice şi că această opinie părea confirmată prin cercetările lui Schaps, care a determinat fenomene febrile prin injecţiuni subcutanate de soluţii zaharate. Schaps compară febra produsă de aceste soluţii de zahăr febrei ce se produce în urma injecţiunilor de sare. Se ştie încă că Metschnikoff combate origina alimentară a acestei febre, pe care o consideră ca de origină bacteriană; alimentaţia n'ar avea alt rol de cât de a modifica flora intestinală, exaltând vinebarţa unor sferii şi determinând febra în mod indirect.

Autorul a întreprins o serie de cercetări clinice şi experimentale, pe baza cărora caută să lămurească chestiunea.

El arată mai întâiu că experienţele lui Schaps, nu pot fi interpretate în favaorea concepţiei lui Finkelstein, de oare-ce modul de întroducere al zahărului e cu totul diferent.. Dacă prezenţa zahărului în exces în sânge ar fi suficientă pentru a provoca febră, ar trebui să avem febră la diabetici, precum şi în glycosuria alimentară, ceea-ce nu este.

Rosenthal provocă lactozuria alimentară la căţei tineri fără a observa vre-un fenomen febril. Asemenea febra lipseşte în cazurile de lactozurie fiziologică a leuzelor. Febra „fost partum“ nu e datorită lactozuriei, de oare-ce în numeroase cazuri se observă lactozurie fără febră.

Insă în teoria lui Finkelstein, zahărul este pyretogen numai pe baza unei alteraţiuni a mucoasei intestinale.

Autorul observă că copiii dispeptici, eliminează o cantitate foarte mare de acizi graşi; îşi pune întrebarea dacă e vorba aici numai de o manifestaţie secundară a dyspepsiei şi dacă aceşti acizi graşi nu ar putea să joace un rol mai însemnat provocând o iritaţie a mucoasei intestinale.

Bazându-se pe precedentele consideraţiuni, Rosenthal instituă o serie de experienţe la câini, în cari provoacă mai întâiu catare intestinale prin injecţii de acid butyric şi pe urmă lactozuria alimentară.

Dintr'un mare număr de experienţe, numai de 3 ori au apărut fenomene febrile în urma ingestiei de lactoză.

Din aceste experienţe, rezultă prin urmare, că deşi s'a putut obţine excepţional o febră alimentară, analogă cu febra de zahăr, observată de Finkelstein la sugaci, totuşi condiţiunile indispensabile pentru provocarea acestei febre rămân necunoscute, experienţele fiind făcute toate la fel (cel puţin în aparenţă).

In aceleaşi condiţiuni ingestia de o soluţie de Na Cl după un catar intestinal provocat de acid butyric a determinat moartea cu fenomene de hypotermie.

De oare-ce s'a susţinut de câţi-va autori că unele substanţe albuminoïde sunt în stare de a provoca febra, autorul caută a verifica şi această părere. Pentru aceasta provoacă o albumosurie la iepuri şi la câini, prin întroducerea în căile digestive de peptonă lui Witte; nici la animalele cu intestin normal, nici la cele la cari provocase mai înainte, un catar intestinal prin injecţie de acid butyric, n'a putut constata fenomene febrile. Ast-fel că dacă albumosele întroduse prin injecţie subcutanată, determină fenomene toxice şi febrile, aceste fenomene lipsesc cu desăvârşire când albumosele sunt întroduse prin căile digestive.

Revenind la chestiunea patogeniei febrei de zahăr, autorul îşi pune întrebarea dacă nu cum-va în provocarea acestei febre intervine vre-o alteraţiune a ficatului sau a rinichiului.

Că alteraţiunile ficatului ar putea juca un rol, este foarte posibil ştiut fiind frequenţa acestor alteraţiuni în gastro-enterite.

Autorul face unui câine o fistulă, lui Eck, şi îi întroduce lactoză în căile digestive. Animalul a prezentat fenomene toxice, datorite fie insuficienţei hepatice, fie intoxicaţiei prin zahăr, lucrul se poate discuta, dar *n'a prezentat fenomene febrile*.

Asemenea unui bolnav atins de cirroză gravă a ficatului, i s'a dat 150 gr. de lactoză; temperatura a rămas normală.

Autorul a mai încercat de a întroduce la animale, lactoză prin injecţie intrarectală; lactozuria s'a produs fără cea mai mică mişcare febrilă.

Rozenthal a căutat pe urmă dacă pentru explicarea febrei alimentare se poate invoca leziunile rinichiului, (se ştie că simptomele renale sunt ca şi constante în intoxicaţia alimentară lui Finkelstein).

După ce a provocat o lactosurie alimentară la căţele, le-a legat arterile renale. La unele căţele provocase mai dinainte şi un catar intestinal prin injecţie de acid butyric. Animalele au sucombat după 48 ore fără a fi prezentat fenomene febrile.

In fine, într'o ultimă serie de experienţe, autorul a provocat leziuni complexe ale intestinului, ficatului şi rinichiului, printro otrăvire a animalelor cu fosfor, urmată de ingestie de zahăr de lapte.

Nici în cazurile de otrăvire acută prin fosfor, nici în cele de otrăvire lentă, nu s'a observat în urma ingestiunei de zahăr fenomene febrile.

Concluzia este negativă: nici hypoteza lui Schaps nici cea lui Finkelstein, nu pot explica febra alimentară, cel puţin experienţele la animale infirmă aceste hypoteze. Prin urmare *patogenia febrei alimentare nu este elucidată.*

Autorul crede că argumentele lui Finkelstein în contra originei microbiane a acestei febre nu sunt decisive. Dar dacă s'ar dovedi că modificările florei nu intervin, şi că febra este într'adevăr numai alimentară, ar rămâne de cercetat dacă această febră are ca bază un proces chimic sau dacă e vorba de o reacţiune biologică, de un fenomen de anafilaxie la sugaci cari au dobândit în cursul boalei lor o hypersensibilitate faţă de zahăr sau de săruri. GR. JACOBSON

ROUX et JOSSERAND. — **La Pathogénie de l'infection tuberculeuse.** *(Arch. de Med. des Enf.* fevr. 1909). Autorii, după o expunere şi critică a diferitelor teorii relative la calea pe unde se face infecţia tuberculoasă, după ce au demonstrat părţile slabe ale acestor teorii, ajung la concluzia că infecţiunea tuberculoasă este în majoritatea cazurilor de origină nasofaringiană. Prima manifestaţie a acestei infecţiuni este hypertrofia ţesutului adenoidian; a doua manifestaţie este adenita hypertrofică (cervicală, tracheo-bronşică).

E probabil că contagiul poate pătrunde fie prin nas, fie prin gură. Infecţiunea bucală provoacă mai cu seamă hypertrofia palatină (I-iul inel lui Waldeyer) pe când infecţia nasală provoacă hypertrofia inelului al II-lea (amygdalele lui Luschka şi Gerlach).

Mai toate tuberculozele adultului încep în copilărie. Leziunile intestinale tuberculoase sunt de obicei secundare, consecutive deglutiţiunei produselor bacilifere formate în naso-faringe. GR. JACOBSON.

SCHUBART. — **Die Amme in alten Alexandrien.** (Doica în Alexandria veche). *(Jahrb. f. Kinderh.* Iulie 1909). Studiu istoric după documente despre condiţiunile doicilor în vechime şi în particular în Alexandria. Condiţiunile doicilor, situaţia lor socială, contracte de alăptat, condiţiunile impuse doicilor, simbrii etc. GR. JACOBSON

SZONTAGH. — **Über einige Fragen der antitoxischen Diphterie behandlung.** (Despre câte-va chestiuni referitoare la tratamentul antitoxic al difteriei) *Jahrb. für Kinderh.* Sept. 1908. Intr'un lung articol mai bogat în frazeologie de cât în idei noi, autorul arată că serul antitoxic pare inactiv în câte-va cazuri de difterie. Punând la o parte cazurile în cari injecţia a fost tardivă şi cele în cari insuccesul se explică printr'o infecţiune asociată (streptococ, stafilococ, etc.), mai rămân câte-va cazuri, în particular cazurile de difterie bronşică sau de crup, în cari serul antidifteric nu pare a lucra. Cum se explică aceste fapte? Autorul crede, *pe baza faptelor clinice,* că serul antidifteric are pe lângă acţiunea sa antitoxică şi o acţiune directă asupra leziunei locale. Mai mult: această acţiune locală este, pentru dânsul acţiunea principală. In infecţiunile foarte intense, acţiunea antitoxică poate fi insuficientă, pe când acţiunea asupra procesului local se constată tot-d'auna; dar toxenia fiind foarte puternică, acţiunea antitoxică nu o poate neutraliza şi bolnavul sucombă.

GR. JACOBSON.

VEITH. — **Über orthodiagraphische Herzuntersuchungen bei Kindern im schulpflichtigen Alter** (cercetări orthodiagrafice ale cordului la copii la vârsta de şcoală). *Jahrb. f. Kinderh.* Aug. 1908.

Cu ajutorul unui dispozitiv radioscopic special, pe care îl descrie în mod amănunţit, autorul stabileşte orthodiagramele la 150 copii şi ajunge la următoarele concluzii:

1. La copiii sănătoşi există un paralelism evident între dimensiunile corpului şi cele ale silhouetei röntgenologice a cordului;
2. La copii, vârsta şi sexul nu influenţează în mod regulat mărimea orthodiagramei cordului (pentru aceiaşi lungime corporală).
3. Greutatea corpului şi perimetrul toracic n'au aceiaşi influenţă la copil ca la adult asupra mărimei cordului.
4. In aprecierea mărimei silhouetei cordului trebue ţinut seamă în primul rând de configuratia toracelui copilului şi în special de raportul diametrului sterno-vertebral la diametrul transvers.
5. In poziţia horizontală cordul pare a fi ceva mai mare de cât în poziţia şederei.
6. Raportul distanţelor de la punctul cel mai depărtat din dreapta al diagramei la linia mediană, la punctul cel mai depărtat din stânga al diagramei la linia mediană $\left(\frac{m.\ d}{m.\ s}\right)$ este în medie de $\frac{1}{2.2}$ la $\frac{1}{2.5}$; dar se observă numeroase variaţiuni.
7. Forma cea mai frecuentă a silhouetei cordului la copii este cea a unui oval înclinat. Se mai observă mai rar şi forme rotunde; mai rar încă se văd corduri lungite în sens vertical sau horizontal.
8. Raporturile între mamela şi vârful cordului n'au nici o valoare.

GR. JACOBSON

WEISSENBERG. — **Das Wachstum des Kopfes und des Gesichtes.** (Creşterea capului şi a feţei). *Jahrb. für Kinderh.* Sept. 1909. Conştiincios studiu antropometric: perimetrul capului, lungimea capului, lăţimea capului; lăţimea feţei, (diametru interjugal), înălţimea feţei,, înălţimea nasului, lăţimea nasului, sunt studiat ela diferitele vârste, de la noi născuţi până la adulţi şi cu cifrele obţinute autorul construeşte curbe foate suggestive şi interesante de consultat. Ca concluzie generală: segmentul superior (craniul) creşte mai puţin intensiv de cât segmentul mediu (nasul) şi segmentul inferior, (maxilarele), şi şi-a terminat creşterea deja în adolescenţă. Cele-lalte două segmente cresc mai intensiv dar segmentul mediu (nasul) arată creşterea cea mai intensivă, pe când cel inferior (maxilarele) îşi termină creşterea cel mai târziu.

GR. JACOBSON

Procedee technice

MATTHISON. — **A simple method of ertimating ammonia in the urine.** (Un procedeu simplu pentru determinarea amoniacului în urină). *Brit. Med. Journ.* 20. III. 09.

Procedeul constă în modific. metodei lui Malfatti și se bazează pe reacțiunea ce se produce la tratarea sărurilor de amoniu cu formaldehidă. In această reacțiune se pune HCl în libertate care apoi se poate determina prin titrațiune.

Dosarea NH_3 se efectuează ast-fel:

25 cm.^{3} urină se amestecă cu 50 cm.^{3} apă și cu 4 picături de fenolftaleină. Se titrează apoi aciditatea urinei cu $^1/_{10}$ n $NaOH$. Se adaugă apoi 5 cm.^{3} formalină, o picătură de fenolftaleină și atâta $^1/_{10}$ n $NaOH$ până apare o colorațiune roșă. După dispariţiunea colorațiunei se titrează din nou cu $NaOH$ până ce coloarea persistă. Această cantitate de $NaOH$ este echivalentă cu cantitatea amoniacului în urină. De oare-ce 1 cm.^{3} $^1/_{10}$ n $NaOH = 0{,}0017$ g. NH_3 sau 0,0014 g. N se poate foarte ușor calcula cantitatea de amoniac eliminată în 24 ore. **D. IONESCU**

Dr. MEYER *Lichtenberg* — **Sur le procedé à l'antiformine (Uhlenhuth) pour constater la présence des bacilles tuberculeux dans les crachements.** (*„Tuberculosis“* Fevrier 1909. Vol. 8. No. 2). Sputa, fiind diluată cu antiformină, se pune la centrifugă; materia depusă la fund se spală de mai multe ori cu soluție de sare comună și se pune din nou la centrifugă. In sfârșit se întinde și se colorează. Cu chipul acesta din 99 cazuri s'au obținut 14 rezultate pozitive, pe când cu metoda obișnuită toate au fost negative.

MARIA MĂCIUCESCU

WALKER. — **A simple method of estimating the amount of sugar in glycosuric urine.** (Metodă pentru determinarea cantității de zahăr în urină). *Lancet* 9. III. 09.

Se adaugă cu o pipetă peste soluția de Fehling într'o eprubetă urina de examinat, picătură cu picătură, având grija a fierbe amestecul după fie-care picătură. Se adaugă urină până apare culoarea cărămizie a oxidulului de cupru precipitat și soluția albastră (de Fehling) e complect decolorată. Din numărul picăturilor de urină întrebuințate se poate calcula cantitatea de zahăr. Urinele ce nu conțin mai mult de 1.25% zahăr, dau numai un precipitat portocaliu. Dacă adăogând încă o picătură de urină culoarea precipitatului nu devine mai închisă, cantitatea de zahăr din urină nu trece de 1,25. Picătura adăogată ast-fel de prisos, bine înțeles nu se ia în seamă la calculare, calculul se fac apoi știind că 10 cm.^{3} sol. de Fehling sunt reduși de 50 mg. glucosă.

D. IONESCU

Terapeutica

G. BARGER und H. H. DALE. — **The water-soluble active principles of ergot** (principii activi solubili în apă ai secarei cornute). *Proc. of the Physiol. Soc. Journ. of Physiology*, vol. 38, p. LXXVII.

Autorii arată că, acțiunea constrictivă (presoră) asupra vaselor sanguine și uterului a extractului apos de secară cornută este în cea mai mare parte datorită nu principiului activ al acestei substanţe ergotoxina, ci unor amine anume isoamilamina şi phidroxifeniletilamina, aceleaşi amine cărora se datoreşte vaso-constrictei produsă de extractele de carne putredă. Origina lor în extractul apos de secară cornută este tirosina şi leucina conţinute în acest corp şi aceste 2 substanţe dau naştere aminelor menţionate, fie printr'un ferment conţinut în secara cornută însăşi, fie prin acţiunea bacteriilor în cursul procesului de extracţie.

Cum vedem deci, tocmai acţiunea cea mai interesantă pentru terapeutică a secarei cornute ar fi datorită după aceşti autori, nu principiului activ al acestei ciuperci ci unor produse de descompoziţie, a căror cantitate evident oscilează, cea-ce explică cunoscută variaţie în acţiunea extractelor oficinale de această drogă.

D. IONESCU

Dr. CLEMENTE FERREIRA. — **L'Atoxyl dans la Tuberculose.** *Sau Paolo. Brésil „Tuberculosis"* Février 1909. Vol. 8. No. 2). Hallopeon a fost cel dintâi care a aplicat atoxylul în tuberculoză (2 cazuri). Se mai cunosc încă câte-va cazuri ale lui Rénon şi Mendel. Autorul a întrebuinţat de asemenea atoxylul şi asigurat ca obţinut rezultate destul de măgulitoare. Metoda practicată a fost aceea de serii repetate de injecţii în doze crescânde de la 0,05 — 0,20 gr. N'a observat nici odată fenomene de intoleranţă.

MARIA MĂCIUCESCU

WICKHAM et DEGRAIS. — **Radiumthérapie.** *(Paris* 1909. *Baillière et fils).* Lucrarea de actualitate care cuprinde noţiuni preţioase de fizică: provenienţa, proprietăţile radiului; procedee tehnice pentru dozarea radio-activităţii şi în fine clinică terapeutică cu rezultatele obţinute mai ales în dermopatii (naevi pigmentari, angioame, tuberculoze cutanate, cheloide, cicatrice vicioase, neoplasii maligne etc.).

MARIA MĂCIUCESCU

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine“
CALEA VICTORIEI — PASSAGE ROUMAIN, 19. — BUCAREST
TÉLÉPHONE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* M. M. A. Gilbert et L. Thoinot,	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.20
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes. *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO“ le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească“

Anul V, No. 9. Septembrie 1909. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. MARTA TRANCU-RAINER

Anestezia locală cu Novocaină

I.

Prin *anestezie locală*, înţelegem insensibilizarea, limitată la ţăsăturile unei anumite porţiuni din organism.

Iea nu se poate aplica de cât cu condiţie *ca cîmpul operator să fie limitat şi superficial*. In procese inflamatorii difuze cu traiecte multiple, în tumori maligne cu infiltraţii profunde, limitele procesului inflamator sau neoplazic neputând fi hotărîte de mai nainte, anestezia locală este inaplicabilă.

Putem anestezia câmpul operator *inundându-l* cu substanţă anesteziantă; acţiunea anesteziantă, în cazul acesta se îndreaptă asupra *terminaţiunilor nervoase* şi atunci avem *anestezia prin infiltraţie* (Reclus, Schleich).

Putem introduce anestezicul *circumferenţial*, în jurul câmpului operator şi ast-fel anesteziem *trunchiuleţele nervoase*, care deservesc teritoriul, ce trebuie anesteziat: aceasta este anestezia *circumferenţială* (Hackenbruch), una din varietăţile de *anestezie perineurală*.

Se mai pot anestezia trunchiurile nervoase, şi alt-fel, introducând o cantitate *mai mică*, de soluţie anestezică, însă mai concentrată în trunchiul nervului: *anestezia endoneurală*. Anestezia rahidiană ie considerată de Most, tot ca o varietate de anestezie endoneurală.

Acum în urmă, la congresul de chirurgie, Bier a propus introducerea anestezicului direct în venă, *anestezia intravenoasă*, ceea-ce este aplicabil la chirurgia membrelor.

Acestea sunt în rezumat felurile, în care putem obţine anestezia locală.

II.

Novocaina este un anestezic preparat de Einhorn în 1905. Ea este mono-chlorhydratul acidului para-amino-benzol-diethyl-aminoethanol. Iea se prezintă sub formă de ace fine, care se dizolvă în greutate lor de apă.

Novocaina corespunde pe deplin condiţiunilor esenţiale pe care trebue să le îndeplinească un bun anestezic local. Braun (1) a precizat aceste condiţiuni:

1. *Cu aceiaşi putere anesteziantă, să fie mai puţin toxic de cât cocaina.* Cocaina e toxică în doză de 0.05 ctgr. pe kilogram de animal, stovaina în doză de 0.10 ctgr., iar novocaina în doză de 0.30 ctgr. *Prin urmare e de 6 ori mai puţin toxică de cât cocaina.*

2. *Substanţa nu trebue să fie iritantă.* Substanţele prea acide sau prea alcaline, alterează ţăsăturile, cum e de o pildă anestezina, stovaina, care e capabilă une-ori să producă şi gangrene. Novocaina dă soluţiuni neutre, aşa incât este inofensivă pentru ţăsuturi.

3. *Substanţa trebue să fie uşor solubilă, soluţiunile stabile şi uşor sterilizabile.* Soluţiunile de novocaină suportă ferberea şi sterilizarea la autoclav, fără să se discompuie; pe când cocaina nu se sterilizează de cât prin tyndalizare, ceea-ce este incomod.

4. Substanţa anesteziantă trebuie să se împace cu adrenalina, puterea sa de vazo-constricţie să nu se altereze. Prin adrenalină, se împedică absorbţiunea prea repede a anestezicului. (Regnier în laboratorul lui Dastre, a văzut că puterea toxică a novocainei, e mult diminuată prin adăogirea adrenalinei).

Soluţiile pe care le întrebuinţez în genere, în scop de anestezie locală sunt următoarele:

1. *Soluţiunea aşa zisă dentară:*

Novocaină 2$^0/_0$	*50 grame*
Sol. de adrenalină 1$^0/_{00}$	*10 gute*

2. *Soluţiunea pentru infiltraţie:*

Soluţie fiziologică de clorură de sodiu	25 cm. c.
Novocaină	*0 gr. 125*
Sol. de adrenalină	2 gute $^1/_2$.

Prin urmare soluţiuni de 2$^0/_0$ şi de 0,50$^0/_0$. Am întrebuinţat în colpoperineorafii şi soluţie de 3$^0/_0$, fără nici un inconvenient.

---

(1) Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 42. 1905.

Casele Meister, Lucius și Brüning, prepară tablete sterile de novocaină cu adrenalină de concentrații diferite, cari se disolvă foarte bine, așa în cât putem avea în tot-deauna soluțiuni proaspete.

Din soluțiunea de 2°/₀, putem injecta și 16—20 și mai multe seringi. Acțiunea prin badijonare asupra mucoaselor, e mult mai slabă ca a cocainei. Efectele anesteziei se manifestă intre unul și trei minute și persistă între o jumătate de oră și câte-va ore.

M'am servit în 113 cazuri de novocaină pentru anestezie locală (1).

---

(1) Voi enumera cele 113 cazuri, din care o bună parte operate în serviciul chirurgical din spitalul Colentina.

In cazurile următoare în număr de 19 am făcut prealabil injecție cu scopolamină-morfină și anume:

2 Antrax al cefei;
1 Flegmon al peretelui abdominal cu flegmon vulvar;
3 Tumori ale obrazului și ale cefei;
3 Colpoperineorafii;
4 Fistule perianale și dentare;
1 Rezecție de alveolă:
1 Amputație de deget;
1 Rezecție de metatarsian;
1 Hernie inghinală mare cu epiplocel;
1 Adenită inghinală;

In 95 de cazuri m'am servit numai de novocaină locală:

2 Pleurezii purulente cu rezecții de coaste;
9 Adenite inguinale, submaxilare, cervicale;
25 Flegmoane și abcese;
1 Cancer al limbei, amputație parțială;
3 Cazuri de corpi străini în membre și lombe;
3 Chiste dermoide;
4 Cazuri de hemoroizi externi, extirpare, și cauterizare;
6 Cazuri de epitelioma buzelor, nasului, frunței;
2 Cazuri de unghie incarnată;
1 Furoncul antracoid al obrazului;
7 cazuri de tumorete în regiuni variate;
9 Panarіții cu amputații de falange;
6 Cusături de plăgi;
1 Pustulă malignă;
1 Ranula;
1 Estiomen ano-vulvar;
5 Bartolinite;
1 Periostită alveolo-dentară;
5 Polipi ai uretrei;
3 Antrax al cefei și umărului.

Dintre aceste, într'un singur caz a fost nevoe să complectez anestezia cu chloroform; era vorba de un sarcom ganglionar al gâtului aderent la vertebre şi vase.

Am întrebuinţat novocaina în cazurile cele mai variate, în hernii, tumori, antrax, pustulă malignă, procese supurative, cancer al limbei, al buzei inferioare, evidare de ganglioni, etc.

In genere efectul a fost cât se poate de bun. Numai în procesele supurative fistulizate, anestezicul neputând rămâne mai mult timp în contact cu ţăsăturile, rezultatele au fost mai puţin bune.

Să arăt cum am procedat în diferitele cazuri, ce mi s'au prezintat.

Iau ca exemplu deschiderea unei colecţiuni purulente. Se ia un ac lung şi subţire şi se face împunsătura intradermic şi în direcţiunea liniei de incizie. Se injectează 2—3 picături, pielea se ridică, se albeşte pe toată întinderea, pe care a pătruns anestezicul (cam 1 c. m $^{1}/_{2}$); se împinge acul puţin mai înainte şi se injectează din nou (tot intradermic) alte 2—3 picături; din nou o suprafaţă de aproximativ 1 c. m. $^{1}/_{2}$ ia aspectul descris mai sus. Ast-fel încât printr'o singură împunsătură, pielea pe o întindere de aproape 4 c. m. e anesteziată. Dacă trebuie să facem o incizie mai lungă, atunci scoatem acul şi-l reîntroducem în regiunea anesteziată prin prima împunsătură, în vecinătatea regiunei, pe care vrem s'o anesteziem şi procedăm în acelaş mod ca mai sus.

Prin aceste 2 împunsături am anesteziat numai pielea. Acuma căutăm să introducem anestezicul în ţăsutul celular subcutanat, injectând 2—3 cm. c. In felul acesta o cantitate de anestezic difuzează în toate direcţiunile şi ast-fel putem face deschiderea în analgezie complectă.

Acest fel de anestezie constitue *anestezia prin infiltraţie*, care are marele avantaj de a fi foarte simplă şi de a produce anestezia repede. In schimb însă nu se poate întrebuinţa de cât în operaţiunile mici, iar edemul, care se produce, alteriază topografia ţăsăturilor. Anestezia prin infiltraţie ie aplicabilă în cazuri de *procese supurative limitate, în extirpări de tumorete, negi, bureleţi mici hemoroidari, traiecte mici fistuloase.*

In tumori mari, însă superficial aşezate, în focare inflamatorii întinse ca antrax, pustulă malignă, facem anestezia *circumferenţială* după Hackenbruch, în modul următor:

In 4 puncte aşezate în cruce, injectăm intradermic câte 2—3 picături din soluţia anesteziantă. Prin aceste 4 suprafeţe anesteziate, injectăm sub-cutanat în sus, în jos și spre baza tumorei, câte-va seringi de anestezic. Trebuie ca substanța anesteziantă să treacă în afară de limitele tumorei sau a focarului inflamator Nu trebuie să ținem acul pe loc în timpul injecțiunei, ci să-l împingem și să-l tragem, pentru a evita ca o cantitatate mai însemnată de anestezic să intre eventual în vre-o venă. Dacă tumoarea, ce vrem să extirpăm, e mare, cum a fost de-o pildă un chist dermoid al cefei de mărimea unui pumn pe care l-am extirpat, atunci în loc ca să injectăm numai prin patru puncte substanța anesteziantă, o injectăm prin opt și mai multe puncte.

In traheotomii, în rezecțiuni de coastă, facem anestezii în acelaș mod, adică circumferențial.

Pentru hernii, se poate proceda în felul următor:

Anesteziem mai întâi circumferențial pielea și țăsutul celular, după cum am spus mai sus. Incizăm pielea și țăsutul celular, și ast-fel punem în evidență aponevroza marelui oblic. Acum injectăm la nivelul orificiului inghinal intern și sub aponevroză și anume de o parte și de alta a orificiului soluția anesteziantă, așa în cât orificiul să fie prins ca într'o furcă. In felul acesta anesteziem teritoriul, care depinde de nervul ilio-inghinal și ilio-ipogastric. Dacă acum mai injectăm și circular în jurul gâtului sacului herniar, amestecul difuziază în țăsătura preperitoneală și cele mai adese-ori nu mai e nevoie de injectat și în cordonul spermatic pentru a produce anestezia nervului spermatic extern.

Operațiunea, care-i mai puțin compatibilă cu anestezia locală, ie laparotomia. Toate straturile le putem anestezia cu succes până la peritoneu. Când ajungem la peritoneu, pacientul se plânge de dureri foarte vii, de slăbiciune, pulsul e frecvent și depresibil, respirația superficială. Aceste simptome dispar, de îndată ce recurgem anestezia generală.

Ramström la animale, a arătat că nervii sensitivi, care deservesc peritoneul parietal anterior, formează trunchiuri mai măricele la marginea laterală a dreptului și pentru a obține o anestezie la nivelul inciziunei, trebuie să injectăm anestezicul la marginea laterală a dreptului. Să nu uităm în acelaș timp, că planul inclinat e foarte penibil pentru bolnav, când se face anestezie locală.

Acestea sunt cele câte-va cuvinte, pe care am vrut să le spun relativ la anestezia locală cu novocaină.

Am mai întrebuinţat novocaină şi în *injecţiuni intrarahidiane* şi *epidurale.*

In *injecţiuni intrarahidiane* în 5 cazuri, injectând câte un cm. c. şi un sfert din soluţiunea următoare:

Novocaină	0.40 ctgr.,
Sol. de adrenalină 1°/00	10 gute,
Clorură de sodiu	0,03 ctgr.
Apă distilată	4 c. m. c.

Am operat ast-fel 2 cazuri de hemoroizi, 2 fistule perianale şi o amputaţie a penisului pentru cancer.

Anestezia apărea în genere după 3—5 minute. In 2 din cazuri anestezia n'a fost complectă, în celelalte trei cazuri a fost complectă.

N'am observat nici odată paraplegie nici chiar în anestezie complectă şi nici un accident consecutiv.

In *injecţiunile epidurale* am întrebuinţat novocaina de trei ori cu succes la bolnave cu salpingite care se plângeau de dureri mari de şele. Am injectat câte 30 c. m. c. din soluţia următoare:

Novocaină	0,15
Adrenalină	0,000325
Apă distilată	3 grame
Soluţie fiziologică de sare	30 c. m. c.

BIBLIOGRAFIE

Duhot. — La novocaïne. Extrait des Annales de la Policlinique de Bruxelles. 1905.

Paul Regnier. — De la novocaïne, Etude expérimentale et clinique. 1906.

G. Schmidt. — Über Novokain — Höchst. *Münch Med. Woch.* 1905. No. 46.

W. Danielsen. — Poliklinische Erfahrungen mit demneuen Lokalanästhetikum Novokain. *Münch. Med. Woch.* 1905. No. 44.

W. Stoeckel. — Über şakrale Anästhesie. *Zentr. f. Gynäkologie* 1909, No. 1.

Most. — Die Lokalanaesthesie in der Hand des praktischen Arztes. *Beihefte zur Medizinischen Klinik.* Heft. II. 1908.

Dr. POENARU CĂPLESCU
Chirurg la policlinica spitalului Brâncovenesc

Studiu experimental

asupra

toxicităței formalinei în raport cu technica actuală în tratamentul chistelor idatice.

Patru observațiuni de chiste idatice tratate prin formalinizare

Inmulțindu-se numărul observațiunilor de chiste idatice secundare, desvoltate în urma intervențiunilor chirurgicale chiar în cicatricea operatoare, (echinococcoza secundară) s'a perfecționat technica și rezultatele operatorii sunt astăzi cu mult superioare celor obținute prin tratamente anterioare.

Sunt 8 ani de când Dévé afirma că singurul mijloc eficace profilactic, de a înlătura echinococcoza secundară ar consista în omorârea germenilor echinococici din chist, printr'o injecțiune tenicidă făcută înainte de deschiderea largă a pungei.

Alexinsky a stabilit (1897—98) că inocularea nisipului echinococcic (capsulele proligere) în cavitatea peritoneală a epurelui, dădea naștere la chiste echinococcice, cari puteau deveni fertile.

Acest rezultat fu pus la îndoială, de oare-ce Riemann în 1899 repetând aceleași experiențe, a ajuns la un rezultat negativ; însă Dévé (1) (1900 — 1901) a confirmat și aprobat experimantal afirmațiunile lui Alexinsky.

Dévé a ajuns mai departe, demonstrând pentru prima oară că *scolexi* puteau chiar să producă chiste în ţesături, ceea-ce nu era admis de zoologişti.

---

(1) Sur la transformation des scolex en kystes echinococciques. Société de Biologie, 16 Mars 1901 și Archives de Parasitologie 1902, VI, p. 54.

Autorii germani ca Künsemüller, Graaf, Madelung, Lorand, Krose şi Franzenheim în publicaţiunile lor de dată mai recentă, ignorează lucrările lui Dévé şi unii din lipsă de experienţă, neagă posibilitatea grefărei scolexilor.

Se ştie bine însă, din experienţe anterioare, că diferitele elemente cari constituesc chistul hidatic ca: membrana mumă (germigenă) cu idatidele (vezicule fiice şi nepoate), capsulele proligere şi scolexi, însămânţate în ţesuturi, se pot transforma în chiste active.

Aceste experienţe au fost făcute pentru membrana idatică numai de Dévé în 1901, de d-ra Ponomaroff 1903 şi de Lagos Garcia în 1906.

Grefarea veziculelor fiice a fost făcută de Lebedeff şi Andreef, în 1889 şi confirmată ulterior prin experienţele lui Stadnitzky (1890) şi Alexinsky (1898), Riemann (1899), Gourine (1900), Dévé (1901), Franta (1903), Cohn şi Bălăcescu (1904), Lagos Garcia (1906) şi în urmă de Frangenheim (1906).

Toate aceste experienţe pozitive cu grefele idatice, lămuresc în mod ştiinţific cazurile clinice în cari chirurgii au ocaziunea să revadă bolnavi operaţi pentru chiste idatice, venind cu noi chiste idatice (echinococcoze secundare). E vorba aci numai de *recidiva idatică post operatoare,* bolnavul revine cu chist idatic, desvoltat în nivelul cicatricei operatorii sau în jurul focarului operat anterior.

In lucrarea lui Quémin (1) din 1909, intitulată l'injection parasiticide préalable dans le traitement opératoire des kystes hydatiques, pe lângă cele 40 observaţiuni de echinococcoză secundară, publicate de Dévé în 1906, autorul mai adaugă încă 26 observaţiuni noui.

Intre aceste cazuri de grefă idatică, se găsesc citate şi observaţiunile publicate la noi de Carnabel, după operaţiunea unui chist idatic al splinei. (Soc. de chir. Buc. 1901), de prof. Juvara 2 cazuri, Soc. de chir. Paris 1902, şi de prof. Ionescu Soc. de chir. Buc. 1904.

Această recidivă idatică, trebue să îndeplinească 4 condiţiuni pentru a fi în adevăr socotită ca grefă idatică operatorie sau echinococcoză secundară:

---

(1) Quémin Louis. Thèse, Paris, 1909.

1. Recidiva trebue să fie constituită prin leziuni specifice în activitate.
2. Trebue să apară după vindecarea focarului operat.
3. Trebue să fie legată de prima manifestare.
4. Etiologic trebue să fie datorită intervenţiunei chirurgicale.

Odată precizat faptul că în cursul intervenţiunilor chirurgicale pe un chist idatic, plaga poate fi însămânţată fie cu vezicule mici, fie cu capsule proligere, ori cu scolexi chiar, era natural ca să se caute un mijloc, spre a înlătura acest pericol operator.

Din cele 66 observaţiuni de echinococcoză secundară culese de Quémin rezultă că grefa a apărut:

De 29 ori după operaţiuni pe chiste idatice ale ficatului.
„ 11 „ „ „ „ „ „ „ muşchilor.
„ 7 „ „ „ „ „ „ „ oaselor.
„ 5 „ „ „ „ „ „ „ plămânului.
„ 4 „ „ „ „ „ „ „ creerului.
„ 4 „ „ „ „ „ „ „ abdomenului.
„ 2 „ „ „ „ „ „ „ splinei.
„ 2 „ „ „ „ „ „ „ rinichiului.
„ 2 „ „ „ „ „ „ necunoscute.

In general grefa secundară a fost observată de la 2—10 ani după operaţiune.

Grefa s'a observat relativ rar după extirparea chistelor idatice, lipsesc statistice precise în acest sens şi chiar dacă s'ar întâlni în proporţie de 1 °/₀ dintre operaţi, chirurgul conştiincios de soarta ulterioară a bolnavului, trebue să ia măsuri de a înlătura ori-ce posibilitate de grefă echinococcică, mai ales că formalinizarea e de o aplicare cât se poate de uşoară.

Nu e locul aci a mai discuta importanţa unei tecnici, care să înlăture grefa secundară, voesc numai să arăt că formolul propus de Dévé în soluţiune de 1 °/₀, poate fi întrebuinţat cu succes mai sigur în soluţiune mai concentrată, de oare-ce prin experienţele, ce am întreprins şi prin faptele, ce am avut ocaziunea să observa pot stabili în mod cert, că formolul nu e toxic în practica zilnică şi, poate fi întrebuinţat cu mult folos în soluţiuni mai concentrate.

2 erori observate în ultimul timp, mi-au sugerat ideea de a studia toxicitatea formalinei pe animale. Prima eroare se referă la

un bolnav din oraş, ex-ministru, care din nebăgare de seamă, în locul medicamentului prescris de un medic, a înghiţit o lingură din soluţia de formalină 40 °/₀, am fost chemat pentru dureri epigastrice şi vărsături.

I-am prescris o poţiune calmantă şi i-am dat să înghită bucăţele de ghiaţă, după câte-va ore totul a reintrat în stare normală.

A doua eroare instructivă se referă la o bolnavă cu chist idatic al ficatului; ajutam pe profesorul Ionescu la operaţie, farmacistul din eroare ne-a dat soluţiune de formalină concentrată 40 °/₀ în loc de soluţiune 2 °/₀, ce prescrisesem. S'a întrodus în punga chistică ca la 200 gr. formalină pură, 40 °/₀; după evacuarea unei cantităţi egale de lichid, s'a extras membrana germigenă, s'a închis punga; bolnava *s'a vindecat perfect prin prima intenţiune.* Pe noi ne-a usturat ochii în cursul intervenţiunei, dar bolnava n'a prezentat nici un fenomen toxic.

Cu aceste observaţiuni făcute asupra toxicităţei formalinei, am avut ocaziunea să îngrijesc o bolnavă cu infecţiune puerperală, post abortum, căreia o moaşă îi practicase manopere clandestine. După 20 zile de la încercarea de provocare a avortului, moaşa dispăruse şi bolnava în stare gravă avea în uter fetul mort şi placenta descompusă, de o fetiditate extremă. La această bolnavă am practicat spălături intra-uterine, cu soluţiune de formalină 0.75—1 °/₀, de oare-ce fenomenele de septicemie puerperală începuseră şi încercasem întâi fără rezultat metodele cunoscute. Bolnava s'a vindecat, comunicare făcută societăţei de chirurgie din Bucureşti la 16 Ianuarie 1908. (1)

Voind în urmă să mă conving de toxicitatea formalinei, am întreprins în Institutul de Anatomie Topografică şi de Chirurgie, graţie latitudinei acordată de maestrul nostru, prof. T. Ionescu, experienţele de mai jos.

Experienţele făcute pe câini în Institutul de Anatomie Topografică şi Chirurgie

Observaţiunea I. — Câinele *A*, de talie mare, la 22 Decembrie 1907, orele 4 p. m. e aşezat pe masa de operaţiuni, îi disec vena femorală stângă și îi injectez intravenos 200 grame formalină 1 la sută.

---

(1) Poenaru Căplescu. Asupra unui nou mijloc de tratament al infecţiunei puerperale. Soc. de chir., Buc., 1908 Ianuarie 16.

După injecție, salivație abundentă, agitație câte-va secunde și apoi dat jos după masă, câinele aleargă vesel.

Observațiunea II. — 22 Decembrie 1907. Câinele *B*, de talie mică. Ii injectez sub cutanat 200 gr. din soluția de formalină 1°/₀. Nici o reacțiune locală, puțină împăstare, care s'a resorbit după mai multe zile, durere locală la presiune nulă.

Observațiunea III. — 24 Decembrie 1907. Câinele *C*, de talie mare, îi injectez sub cutanat 200 gr. din soluția de formalină 2°/₀. Nici o turburare toxică. Durere locală nulă la presiune; împăstare persistentă mai multe zile, rezorbție lentă.

Observațiunea IV. — 24 Decembrie 1907. Câinele *D*, de talie mică. Ii injectez sub cutanat 200 gr. din soluția de formalină 2°/₀, fenomene dureroase și reacțiune locală, nule. Rezorbție lentă ca la câinele *C*.

Observațiunea V. — Câinele *E* de talie mică (8750 gr.). Injecțiune în *vena femorală* din soluția de formalină 2°/₀. Până ce am injectat câinelul 80 gr., câinele nu a prezentat nici o turburare aparentă, când am ajuns la 100 gr. de soluție injectată, câinele a început a fi agitat, prezinta o salivațiune spumoasă abundentă; ajungând cu injecția la 125 gr. câinele a prezentat contracturi convulsive generalizate și la 150 gr. soluție a sucombat, adică după introducerea în sânge a 3 gr. formalină pură conc. (150 gr. 2°/₀).

Observațiunea VI. — Câinele *F*, de talie mijlocie, i-am injectat în țesutul celuiar sub cutanat 200 gr. din soluțiunea de formalină 2°/₀. După injecțiune câinele e vesel, umblă se hrănește bine; în zilele următoare împăstarea locală dispare încet, fenomene toxice nule.

Observațiunea VII. — Câinele *G*, de talie mijlocie. Ii fac injecțiune intravenoasă în femorala 150 gr. din soluțiunea de formalină 1°/₀ câinele începe a avea salivațiune spumoasă și se smucește spre a rupe legăturile; are ușoare contracțiuni brusce și rare în câte 4 membre. La 150 gr. încetez injecțiunea, fenomenele dispar, câinele e bine.

Observaţiunea VIII. — Câinele *H*, de talie mijlocie. Ii înjectez în cavitatea pleurală 150 gr. din soluţiunea de formalină 1°/₀. Câinele prezintă uşoară dispnee şi agitaţiune. Suspend injecţiunea la 150 gr. fenomenele dispar repede, câinele e bine.

Observaţiunea IX. — Câinele *I*. Ii fac injecţiune intra pleurală cu soluţiune de formalină 1°/₀, în timpul injecţiunei câinele se mişcă, probabil că acul a pătruns în parenchimul pulmonar, îl întroduc mai adânc: dispnee, salivaţiune, agitaţiune; la 200 gr. suspend injecţiunea, fenomenele dispar repede, câinele e bine.

Observaţiunea X. — Câinele *J*, de talie mijlocie. Injecţiune în vena femorală din soluţiunea de formalină 3°/₀. La 30 grame câinele prezintă agitaţiune, salivaţiune spumoasă abundentă, contracturi; la 70 gr. suprim injecţiunea, fenomenele dispar.

Observaţiunea XI. — Aceluiaş câine *J*, după ce i-am injectat 70 gr. de formalină 3°/₀ în vena femorală, i-am mai injectat în ţesutul celular 100 gr. din soluţiunea 1°/₀; fenomene neînsemnate, câinele e bine.

Din aceste experienţe cum şi din faptele observate de mine, mă cred în drept a conchide că: formalina poate fi întrebuinţată în terapeutica chirurgicală în soluţiuni de 1 — 10 °/₀ de oare-ce contactul cu ţesăturile, cu suprafaţa plăgilor nu dă loc la fenomene toxice.

Dévé a avut cea mai perfectă idee să propue sterilizarea pungei chistice cu formol. Formalina are o proprietate de penetrabilitate (neinvocată de Dévé), pe care nu o are nici un alt antiseptic uzual. Or tocmai în pungile chistelor idatice, e nevoe de sterilizarea conţinutului şi a membranei fertile, până în grosimea ei.

Dévé înlătură sublimatul în soluţie de 1°/₀ pe motivul că ar putea produce intoxicaţiuni.

Cred că nu mai încape discuţiune, când e vorba a alege între formalină şi sublimat.

Formalina nu e toxică şi e penetrabilă deci mai eficace.

Dévé a propus formalinizarea chistului, prealabilă evacuărei conţinutului. Din experienţele întreprinse a conchis în 1902, că soluţiunea de formalină $^1/_{200}$, stând în contact câte-va minute (2 $^1/_2$')-cu elementele chistice, ca şi soluţia de sublimat $^1/_{1000}$, ucide sau distruge vitalitatea germenilor echinococici; mai în urmă (1903), după îndelungate și noi cercetări a ajuns la concluziunea următoare:

Injecțiunea unei soluțiuni de sublimat $^1/_{1000}$, sau de formol $^1/_{100}$ menținută timp de 5 minute în contact cu suprafața internă a chistului va distruge vitalitatea germenilor echinococcici conținuți în punga chistică.

După aceste comunicări importante, unii chirurgi au început a întrebuința formalinizarea chistului înainte de deschidere și evacuare. In acest mod technica operatoare cu diferitele procedee nu se schimbă, se adaugă însă la ori-ce procedeu un timp important: *formalinizarea (după Dévé) înainte de evacuare.*

Chirurgul după ce a descoperit punga chistică, introduce un trocar și lasă să se scurgă o cantitate variabilă după volumul chistului (100—200 gr. de lichid idatic), care nu atinge câmpul operator. Pe aceiași canulă se introduce o cantitate egală de formalină $1\ ^0/_0$ care se lasă în pungă 5 minute pentru a steriliza conținutul, adică pentru a distruge vitalitatea membranei germigene, a veziculelor fiice, a capsulelor proligere și a scolexilor. După această sterilizare prealabilă a conținutului, chirurgul deschide punga chistică și evacuează conținutul; extrage membrana germigenă, șterge bine lichidul și apoi închide punga fără drenare. Aceasta este technica actuală în chistele idatice nesupurate.

Metoda lui Bond din Australia (evacuare și reducere fără drenare) cu formalinizarea preconizată de Dévé, vulgarizată în Franța de Quénu, care la capătul canulei adaptează un tub de cauciuc și o pâlnie pentru a face mai ușor sifon, constituesc tratamentul ideal când nu găsim supurațiune.

La noi în țară, technica formalinizării a fost întrodusă, pentru prima oară, de prof. Ionescu, unde am învățat să o practic, am văzut-o practicată și la spitalul Brâncovenesc de d-nii doctori Leonte și Bărdescu.

Dacă chistele idatice ar avea sediul în creer, în coloana vertebrală sau în plămân, formalinizarea e contra indicată, de oare-ce soluțiunea ar putea pătrunde și fixa celulele nervoase sau pătrunde în arborele aerian, dând accidente serioase.

Când chistul idatic a fost supurat, punga evacuată nu mai poate fi închisă și abandonată, ci trebue marsupializată.

Cu această technică, chiar dacă se întâmplă ca după deschiderea chistului, să se răspândească lichid idatic în plaga operatoare sau în cavităţile vecine, nu se va produce însămânţare, germenii fiind distruşi prin formol şi ast-fel echinococcoza secundară va fi înlăturată.

Pentru a demonstra că soluţiunea de formalină 1°/₀ distruge germenii echinococcici, Dévé a făcut o experienţă foarte inteligentă şi frumoasă tot-deodată: întrebuinţând material cules din chistul idatic ai unui bolnav, operat de Martin din Rouen, a inoculat comparativ sub piele, la epuri, deoparte nisip echinococcic, cules din puncţia evacuatrice prealabilă formalinizărei şi în altă parte sub pielea aceloraşi epuri, nisip echinococcic, cules din acelaş chist după formalinizare. Rezultatul a fost demonstrativ, căci inoculările cu nisip neformalinizat au fost pozitive într'o parte a corpului şi cele cu nisip formalinizat au fost negative în altă parte a corpului pe aceiaşi epuri.

Chaput în 1906 extrăgea din lichidul idatic 2 cm. c. şi injecta 2 cm. c. de formalină pură. In caz de pungă mare cu lichid mult, cantitatea de formol pur era insuficientă, căci diluându-se, putea ajunge să formeze în chist, o soluţiune de 1°/₀₀ sau $^1/_{2000}$ care nu distruge germenii idatici.

Eu cred că soluţiunea de formalină propusă de Dévé 1°/₀ *e prea slabă* şi având în vedere că formolul nu e toxic mai ales într'o pungă chistică, care nu comunică cu organismul, fiind exteriorizată, *propun* ca să se introducă o soluţiune mai concentrată: 2°/₀ în pungile mici unde putem evacua prealabil aproape tot lichidul idatic şi 5°/₀ în pungile mari unde mai rămâne lichid idatic care va mai dilua soluţiunea ce introducem. Cu chipul acesta, germenii vor fi mai repede şi mai sigur distruşi. Cu soluţiunea de formalină a lui Dévé 1°/₀ germenii stau în contact cu un lichid mai diluat (poate 0,5°/₀ sau 0,3°/₀) căci soluţiunea, ce introducem în punga chistică se diluează prin amestecul cu lichidul idatic neevacuat.

Formalinizarea chistelor idatice a fost adoptată în Franţa după cum se pote vedea din discuţiunile soc. de chir. din Paris, 1903, 1904, 1905 şi 1906 şi din tezele de mai jos:

C. Petit. Contrib. à l'étude de la méthode de Bond dans le traitement de kystes hydatiques non suppurés du foie, Thése Paris, 1906.

Terrier-Auvray. Chirurgie du foie, t. II, Paris, 1907.

Cauchoix. Traitement chir. actuel des kystes hydatiques du foie, Thèse, Paris, 1908.

Cf. Délémontay. Traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie, Thèse, Montpellier, 1907.

Barthomeuf. Le traitement des kystes hydatiques du foie par la suture et la résection, Thèse, Bordeaux, 1908.

Comunicările recente ale lui Vincent şi Sabadini (Alger), Abadie (Oran), Brunswic (Tunis).

Observaţiunile de chiste idatice tratate prin formalinizare

Observaţiunea I. — *Chist idatic al ficatului, formalinizare, evacuarea şi închiderea cavităţei, vindecare per primam.*

Copilul Ilie V. Voiculescu este adus la spitalul Colţea, în ziua de 7 Iulie 1907. Examinându-l, constat că prezintă o tumoră voluminoasă care ocupă ipocondrul drept bombând sub falsele coaste. Tumora renitentă, mată la percuţiune se întinde în jos până la nivelul ombicului, spre stânga până la linia mediană epigastrică. Splina nu e mărită şi pe peretele abdominal drept în etajul superior se observă o frumoasă circulaţiune venoasa colaterală, ce lipseşte la acelaş nivel în stânga.

Boala datează de 2 — 3 ani, a început cu dureri în ipocondrul drept şi greutate, care a mers crescând până acum vre-o lună de când copilul nu se mai poate nutri şi oboseşte chiar, dacă umblă numai câţi-va paşi. Fară cea mai mică ezitare şi fără a mă gândi la puncţiune, am pus diagnosticul de chist idatic al ficatului şi am operat copilul în serviciul prof. Severeanu, la 9 Iulie, sub anestezia generală cu cloroform, ajutat de distinsul intern Stefănescu. Am practicat o inciziune verticală la nivelul convexităţei tumorei, începând de la rebordul cartilaginos în jos pe întindere de 10 c.m. cam pe marginea externă a muşchiului drept. După deschiderea peritoneului am constatat prezenţa unui enorm chist idatic desvoltat în grosimea feţei inferioare a ficatului.

Am izolat bine câmpul operator, apoi am făcut o puncţiune cu trocarul, extrăgând prin aspiraţiune cam 200 gr. lichid idatic limpede şi am introdus prin acelaş trocar 200 gr. dintr'o soluţiune de formalină 2°/₀. După 5 minute am evacuat conţinutul chistului care se compunea din vre-o 2500 gr. lichid şi o mare cantitate de vezicule fiice, presărate de numeroase capsule proligere şi conţinând fie-care o mică cantitate de nisip echinococcic. O pensă vaginală Richelot, introdusă în cavitatea chistului, abia atingea peretele lui posterior. Am extras membrana idatică subţire şi foarte friabilă, am cusut marginea anterioară a ficatului, care prezinta o mică ruptură sângerândă, produsă în cursul evacuărei conţinutului chistic şi după ce am şters bine cavitatea, am închis-o complect prin puncte separate de coardă No. 1. Am suturat apoi peretele abdominal în 2 straturi, unul profund peritoneo-muscular cu coardă No. 1 şi unul superficial aponevrotico-celulo-cutanat cu setolină. Urmările post operatorii au fost normale, *nici cea mai mică ascensiune termică* şi la 20 Iulie a fost concediat perfect vindecat.

Observaţiunea II. — *Chiste idatice peritoneale enorme, supurate, cu icter consecutiv. Evacuare, marsupializare, moarte subită după 54 zile de la intervenţiune.*

Bolnavul Ştrul Goldstein intră în serviciul prof. Ionescu la 8 Ianuarie 1907. Bolnav de 8 ani cu turburări gastrice şi diaree. I s'au făcut puncţii în provincie cu 4 ani în urmă. Este adus la camera de gardă pe brancard în stare gravă, ochii escavaţi, faciesul icteric, ţesutul celulo-adipos aproape dispărut, pielea uscată, pulsul frecuent 110, temperatura 37^{8}. Astenie generală foarte pronunţată, bolnavul nu se poate ridica singur şi abia răspunde la întrebări.

Abdomenul enorm distins, mi-a dat la palpare în mod admirabil sensaţiunea de „fremissement hydatique“ (frecătură idatică) descrisă pentru prima oară de Briançon, frecătură, pe care nu o simţisem nici o dată de şi o căutasem sistematic în toate cazurile de chiste idatice, ce am întâlnit prin serviciile spitaliceşti. Această sensaţiune o aveam în minte, în creer şi fiind patognomonică, odată percepută, am pus diagnosticul de chist idatic cu probabilitatea de a fi supurat.

Profesorul Ionescu lipsind, am operat bolnavul sub anestezia generală, am făcut laparotomie laterală dreaptă supra ombilicală, după deschiderea cavităţei, constat ficatul mărit de volum şi în grosimea sa tumora bombând se continua până în flanc ocupând tot abdomenul până în flancul opus. Am izolat câmpul operator pentru a face puncţia aspiratoare şi formalinizarea chistului, dar n'am putut de loc aspira lichid idatic nici introduce soluţie de formalină 2°/₀ mai mult de 10 — 15 gr. Am incizat larg punga chistică care conţinea mai mulţi litri (4 — 5) de vezicule fiice alterate şi de o fetiditate extremă, unele erau galbene-verzui, altele erau jumătate limpezi, jumătate colorate şi cu conţinut turbure fetid. Pentru ca evacuarea să se facă mai uşor am aşezat bolnavul în decubit lateral şi puţin ventral, am spălat larg cu ser artificial cald punga enormă, am extras membrana idatică fertilă in lambouri alterate şi foarte friabile, am marsupializat această pungă enormă, drenând-o larg. După fie-care pansament ulterior mai apărea din când în când câte-va vezicule foarte mici şi chiar de a doua zi am constatat că mai există o tumoră chistică, care ocupa flancul şi ipocondrul stâng; renitentă, mată, elastică. Starea generală a bolnavului fiind precară, am intervenit a doua oară la 14 Ianuarie, practicând o laparotomie laterală stângă fără anestezie. Am evacuat un chist idatic abdominal, care conţinea 2 — 3 litri de vezicule fiice alterate, fetide, descompuse: marsupializare, drenare şi apoi pansament zilnic. După câte-va zile (15) de oscilaţiune între 37^2 — 38^8, temperatura bolnavului a scăzut şi s'a menţinut normală; starea generală s'a ameliorat mult, bolnavul umbla şi se nutrea bine. După o lună şi mai bine de apirexie şi de ameliorare, bolnavul a fost apucat brusc de vărsături incoercibile şi durere epigastrică, vărsăturile au devenit poracee, pulsul frecuent, şi temperatura, care fusese normală, s'a urcat brusc la 40° şi apoi timp de 5 zile a oscitat între 37 — 37^8. Plaga era foarte curată şi cavităţile reduse la minimum. Cu toate injecţiunile de ser artificial şi îngrijirile date, bolnavul a sucombat la 6 Martie cu fenomene de insuficienţă epatică.

Autopsia făcută de savantul nostru confrate dr. Rainer, a constatat prezenţa unui ficat enorm de 4000 gr. atins de degenerescenţă grăsoasă iar pungile vechi chistice cu sediu abdominal, peritoneal, reduse la minimum de capacitate şi curate fără pungi adventice şi fără leziuni de peritonită.

Observaţiunea III. — *Chist idatic supurat al ficatului, formolinizare, evacuare, marsupializare, vindecare.*

Bolnava E. A., în etate de 23 ani, se prezintă în serviciul meu la consultaţiuni pentru o tumoră în regiunea epigastrică. De şapte ani avea turburări gastrice, dureri la nivelul apendicelui xifoid, greutate după masă, nelinişte în ultimul timp. N'a avut urticaria, nici dureri în umăr, a fost tratată până în iarna anului curent pentru o afecţiune gastrică. In Decembrie 1908 i s'a spus că are o tumoră care trebue operată. Examinând bolnava constat o tumoră elastică renitentă, mată, care ocupă epigastrul şi o parte din ipocondrul stâng. Prin percuţiune scurtă şi profundă se percepe freamătul idatic al lui Briançon, care ne dă cu certitudine cheia diagnosticului. Am afirmat personalului meu că este un chist idatic al ficatului cu vezicule fiice multe şi cu lichid puţin. Bolnava are temperatură 38^2, puls 108. Am operat-o chiar a doua zi în serviciul prof. Ionescu, la 24 Decembrie 1908. Laparotomie epigastrică, descoper tumora şi îi fac puncţie aspiratoare după prealabila izolare a câmpului operator. Am evacuat puţin lichid turbure purulent şi am introdus 200 gr. formalină din soluţia 5°/$_0$, după 5 minute am evacuat conţinutul, incizând punga chistică printr'o lamă subţire de parenchim hepatic ce o acoperea. O cantitate enormă de vezicule fiice, punga chistică e profundă până la coloana vertebrală, o pensă vaginală Richelot pătrunde în întregime. Am extras membrana mumă în totalitate şi am constatat în partea antero-inferioară a chistului un diverticul sacciform burat cu vezicule; evacuare. Chistul fiind supurat nu am putut reduce punga adventice, am marsupializat-o. Temperatura a scăzut imediat la normală. Bolnava a avut ulterior choleragie abundentă la început, bila îmbibă pansamentul; a diminuat treptat şi după vre-o 40 de pansamente aseptice, făcute de d-l intern Antoniu, bolnava s'a vindecat. Temperatura post operatoare a fost normală, starea generală a bolnavei foarte bună.

In acest caz formalinizarea a contribuit mult la încetarea imediată a fenomenelor de supuraţie chistică grăbind ast-fel vindecarea.

Observaţiunea IV. — *Chist idatic voluminos, central al ficatului, fără semne subiective. Intervenţie: formalinizare, evacuare şi închidere, vindecare.*

Domnişoara E. P., studentă de la cămin, m'a chemat în Iunie a. c., pentru un atac apendicular tipic, forma comună. După câteva zile de repaus şi tratament, bolnava s'a restabilit şi i-am recomandat să vie în serviciul meu de la spitalul Brâncovenesc spre a o mai vedea înainte de a începe regimul alimentar comun.

In adevăr, venind spre a fi examinată, am constatat că fenomele apendiculare erau complect dispărute, pulsul normal, limba curată, apirexie. Inainte de a termina examenul bolnavei mi s'a părut că ipocondrul drept e ceva mai convex de cât cel stâng şi descoperind toracele bolnavei, observ în adevăr o deformaţiune manifestă privind cu atenţiune şi prin comparaţiune ambele margini cartilaginoase. Intreb dacă a avut vre-o durere, dacă n'a suferit vre-un traumatism; răspunsul negativ. La percuţie matitatea ficatului mărită şi se percepe o renitenţă elastică. Prin palparea ipocondrului şi a feţei inferioare a ficatului simt că ficatul conţine o masă lichidă elastică şi renitentă la explorare. Am diagnosticat un chist idatic al ficatului spre mirarea bolnavei şi a personalului meu. Pentru prima oară am practicat o puncţie cu un ac foarte subţire între coasta 8-a şi 9-a. Eram foarte curios să văd dacă eram în diagnostic, bolnava ne-acuzând nici un fenomen morbid şi puncţiunea fiind lipsită de pericol la acest nivel.

Am extras lichid limpede şi odată diagnosticul confirmat am propus intervenţia. Bolnava fiind din provincie, a scris acasă şi după 3 zile a venit să o operez. D-l dr. Leonte mi-a acordat o latitudine binevoitoare, aşa că am operat-o în serviciul d-sale. (Eosinofilie 13°/₀ dr. V. Ionescu). Sub anestezia generală cu cloroform, bolnava aşezată cu regiunea lombară ridicată pe un sul şi asistat de d-l intern Ionescu Virgiliu, am practicat laparotomie laterală şi rezecţia unei porţiuni din rebordul cartilaginos pentru a-mi deschide o cale largă şi ast-fel am putut avea în câmpul operator faţa superioară a ficatului. Chistul nu se vedea, am incizat parenchimul epatic cam la 8 cm. de la marginea anterioară şi la o adâncime de 1 cm. am văzut punga chistică. Am puncţionat cu un trocar cu dublu curent, am lăsat să se scurgă ca la 250 gr. lichid limpede am întrodus formalină 5°/₀ 250 gr. Apoi am lăsat să se scurgă lichidul chistic şi am spălat punga cu un alt curent de formalină. Am deschis larg, am extras membrana mumă în totalitate şi 2 vezicule fiice. Chistul voluminos, o pensă Richelot vaginală, abia ajungea să şteargă fundul chistului pe coloana vertebrală. După o toaletă riguroasă am suturat plaga epatică cu coardă No. 0, puncte separate şi am închis cavitatea abdominală, suturând diafragmul şi peretele în 2 straturi: unul profund cu coardă No. 1, peritoneo-musculo-aponevrotic şi unul celulo-cutanat cu crin de Florenţa. Urmările post operatorii normale, temperatura 37°, pulsul 80, vindecare perfectă.

Din cele expuse pe scurt, din cazurile operate de mine şi din cauza lipsei de spaţiu conchid că:

— Formalinizarea conţinutului chistelor idatice înainte de evacuare, propusă de Dévé, vulgarizată de Quénu, este o metodă ideală care, a perfecţionat technica existentă în chirurgia chistelor idatice. In chistele supurate sunt convins că formalinizarea ajută şi grăbeşte vindecarea.

— Soluţiunea de formalină 1°/₀ e prea slabă pentru distrugerea germenilor din pungă, de oare-ce se mai diluează în contact cu lichidul idatic neevacuat şi devine o soluţiune prea slabă.

— Pentru chistele mici e bine să introducem formalină 2°/₀ pentru cele mari cu lichid mai mult 5°/₀, pericolul intoxicaţiunei e iluzoriu, de oare-ce punga chistică e relativ exteriorizată de ţesuturi.

— Grefa secundară echinococcică supunând pe bolnav la o nouă intervenţiune chirurgicală, trebue înlăturată, practicând în totdeauna formalinizarea chistelor idatice, afară de cele cerebrale, medulare şi pulmonare.

— Când chistul nu e supurat, vom aplica procedeul lui Bond (Australia) evacuarea pungei, sutura şi reducerea ei fără drenare; când e supurat vom marsupializa după formalinizare.

— Din cele 4 cazuri ale mele: Un bolnav cu chiste enorme abdominale supurate, fetide, venit în stare foarte gravă şi ameliorat, a sucombat după 54 zile, cu fenomene de insuficienţă epatică 3 bolnavi s'au vindecat perfect (2 chiste formalinizate evacuate şi reduse şi 1 supurat formalinizat evacuat şi marsupializat).

Dr. G. STĂNCULEANU și D. MIHAIL

Anatomia patologică a oftalmo-reacțiunei

(Cu 4 figuri)

Reacția conjunctivală față de tuberculină (oftalmoreacția) a fost în ultimii 2 ani subiectul multor lucrări clinice și experimentale. Nici unul dintre autori însă nu a căutat să-și dea precis seama de evoluțiunea anatomo-patologică a acestei reacțiuni. Cercetările făcute s'au limitat numai la citologia lichidului secretat, fără a da vre-un interes studiului mucoasei secretante. Ast-fel, vedem că:

Sabrazès (1) semnalează în lichidul secretat numeroase polinucleare și puține mononucleare și limfocite.

Dietschky (2) afirmă existența polinuclearelor și mononuclearelor.

Mongour și Brandeis (3) găsesc fibrină în reacțiunile intense, iar F. Levy citează grupe de limfocite.

Stuelp (4) într'un examen anatomo-patologic sumar al unei conjunctive aparținând unui caz de reacțiune conjunctivală la tuberculină însoțit de complicațiuni, declară că ar fi găsit în țesutul excizat un țesut analog celui tuberculos.

Pentru prima oară unul din noi (5) a publicat în „Klinische Monatsblätter“, din Aprilie 1909, un articol coprinzând un studiu istologic mai amănunțit făcut asupra a 2 cazuri de reacțiune conjunctivală la tuberculină.

In ambele cazuri se găsea o stare edematoasă a epiteliului conjunctival care în plus era infiltrat de mono și polinucleare. Dermul de asemenea edemațiat, era infiltrat în stratul său cel mai superficial cu mono și polinucleare; stratul său profund era infiltrat în mod difuz numai cu limfocite. Examenul detaliat al acestor piese nu ne-a permis însă să aflăm în ele: nici prezenţa bacilului lui Koch, nici vre-o celulă gigantă tuberculoasă.

După publicarea acestui articol, consiliaţi fiind de d-l Prof. dr. I. Cantacuzino, am întreprins împreună un studiu mai amănunţit asupra aceluiaş subiect; studiu, care ne-a permis să complectăm lucrarea anterioară şi să ajungem la concluziuni, pe cari le credem definitive. Acest studiu, pe care-l redăm aci în punctele sale esenţiale va completa studiul ce trebue să apară în curând în „Gräffe's Archiv".

Iată cum am procedat pentru cercetările noastre: Am ales 4 indivizi suferinzi de pleurezie sero-fibrinoasă afebrilă, cari reacţionaseră egal de intens la instilaţia conjunctivală cu tuberculină 1°/₀.

Am făcut câte o biopsie din conjunctiva fundului de sac inferior: unuia la 7 ore, altuia la 20 ore, altuia la 32 ore şi în fine ultimului la 56 ore de la instilaţia cu tuberculină.

Am urmărit de asemenea examenul microscopic al secreţiei conjunctivale de la aceiaşi indivizi la acelaş număr de ore de la momentul instilaţiei, fapt care ne-a permis să urmărim simultan mersul citologic al lichidului secretat şi al ţesutului conjunctival secretor.

a) **După 7 ore tabloul clinic ocular era următorul:** O injecţie vasculară destul de pronunţată, lăcrămare, lipsă de secreţie concretată. Examenul istologic al biopsiei făcute la această oră ne-a permis să constatăm: o stare secretorie exagerată a întregului strat epitelial conjunctival; care în partea sa cea mai superficială se manifestă prin prezenţa de foarte numeroase celule caliciforme, iar în straturile mai profunde prin prezenţa de numeroase celule cu câte o vacuolă în vecinătatea nucleului. (Fig. 1).

Dermul conjunctival avea stratul său superficial cu aspect manifest edematos. Spaţiile sale conjunctive erau difuz infiltrate cu multe mononucleare mari şi rari limfocite. Capilarele sanguine dilatate, cu endoteliul tumefiat, conţineau pe lângă globule roşii şi rari limfocite. Spaţiile limfatice perivasculare conţineau de asemenea mici mononucleare. Imediat sub epiteliu se vedea o infiltraţie bogată de mari mononucleare cari se prezentau sub 4 aspecte diverse, corespunzând probabil la 4 diverse stadii secretorii şi anume:

Mononucleare mari cu o mică vacuolă lângă nucleu,
" " " întreaga protoplasmă vacuolizată,
" " " o singură vacuolă vastă; şi în fine,
" " " protoplasmă plină de fine granulaţiuni.

Stratul profund al dermului nu prezenta nimic deosebit. Caracteristica acestui caz din punct de vedere istologic o putem rezuma deci ast-fel:

1. *O ipersecrețiune a epiteliului conjunctival.*
2. *O edemațiare a stratului dermic superficial cu o infiltrație de mari mononucleare, majoritatea în plină activitate secretorie.*

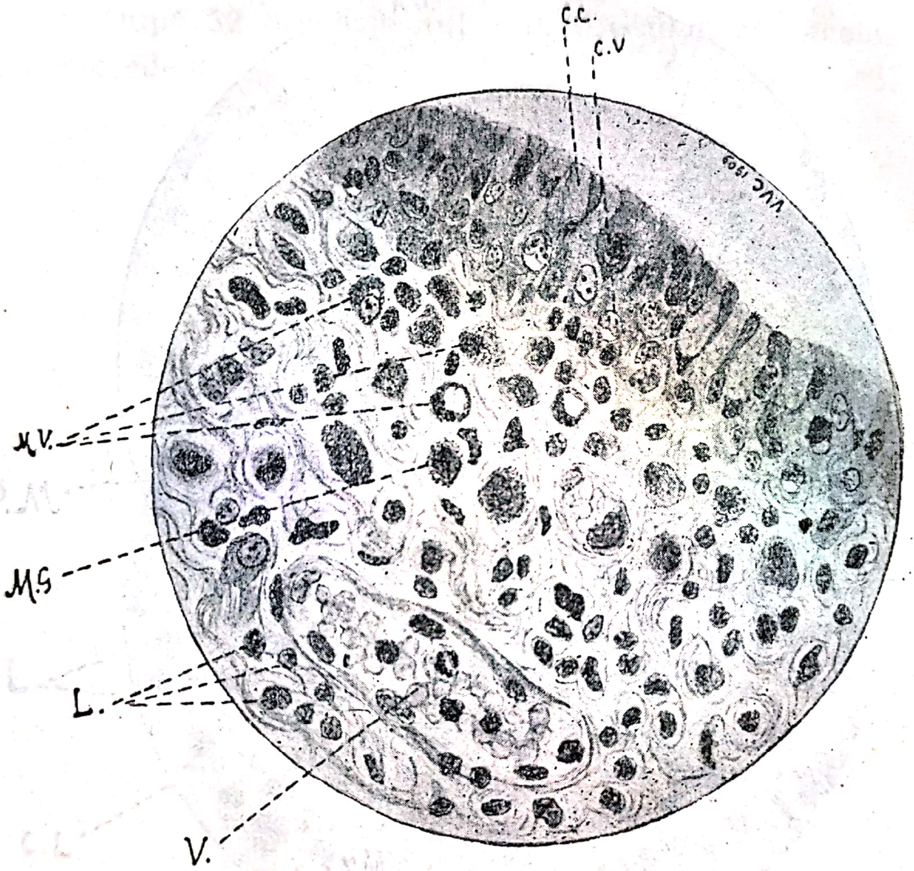


Fig. 1.

C. v. = Celule vacuolare
C. c. = Celule caliciforme
M. v. = Mononucleare vacuolare
M. g. = Mononucleare granulare
L. = Limfocite
V. = Vas sanguin

Examenul citologic al lichidului secretat din acest caz ne-a arătat întregul câmp microscopic presărat cu epitelii conjunctivale polimorfe și rari polinucleare.

b) **După 20 de ore tabloul clinic ocular se schimbase** prin adăogirea unei secrețiuni concretate ca o fină bandă prinsă cu unul din capete de caronculul lacrimal, iar cu celalt înotând liber în fundul de sac conjunctival inferior. (Fig. 2).

Examenul istologic al biopsiei făcute la această oră ne arată epiteliul într'o stare secretorie mai înaintată și în plus un număr mai mare de polinucleare, ce înaintează printre celulele epiteliale către suprafața conjunctivei.

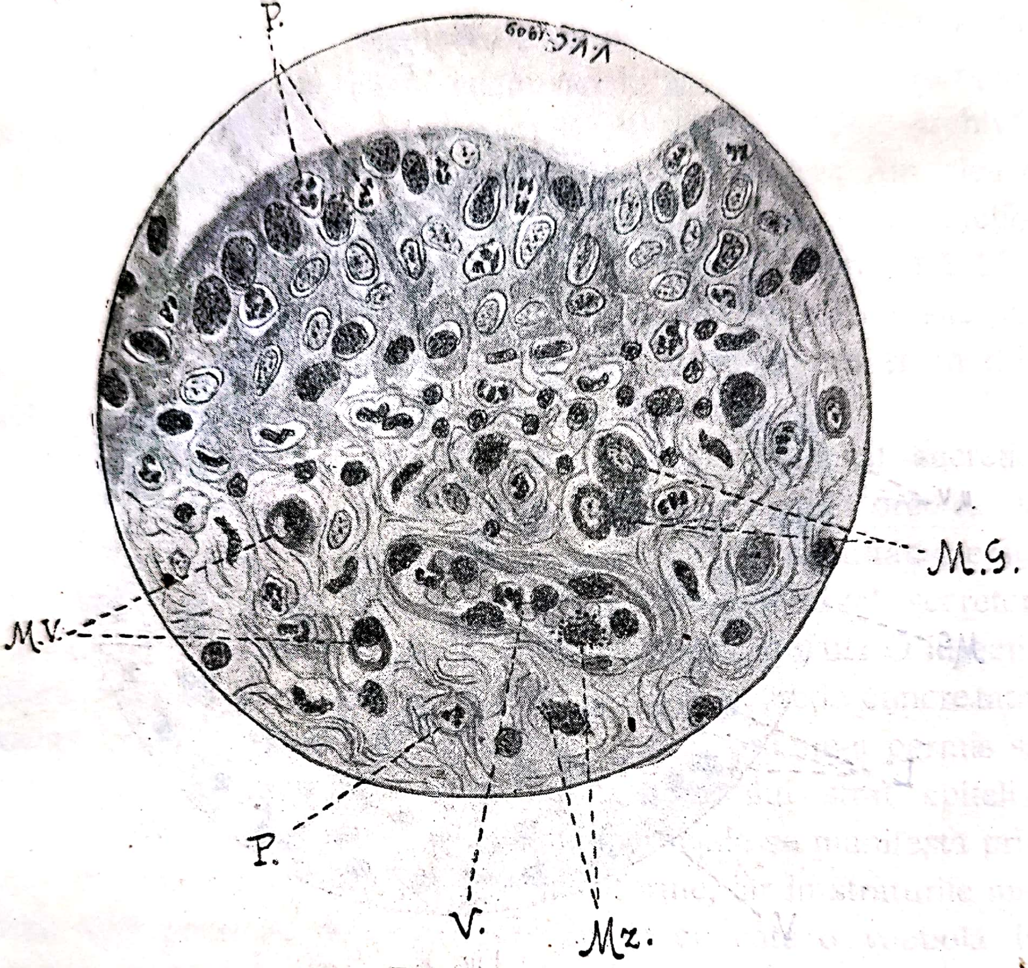


Fig. No. 2.

P. = Polinucleare
M. v. = Mononucleare vacuolare
V. = Vas sanguin
Mz. = Mastzellen
M, g. = Mononucleare granulare

In derm în afară de starea observată la biopsia făcută după 7 ore se mai observă și un început de flux limfocitar în special sub epiteliu și în jurul capilarelor sanguine subepiteliale.

Acestea din urmă conțin pe lângă numeroase limfocite și câte o polinucleară bazofilă (mastzellen), care în parte emigrează în țesutul conjunctiv perivascular.

Caracteristica acestui caz din punct de vedere istologic este deci:

1. *O exagerare a secreţiei celulare faţă de cazul anterior* şi

2. *Un început de flux limfocitar şi mastzellian în dermul conjunctival.*

Examenul secreţiei conjunctivale ne arată pe lângă celulele epiteliale polimorfe descrise în cazul precedent şi un număr cu mult mai mare de polinucleare.

c) **După 32 ore aspectul clinic ocular era acelaş** ca şi în cazul precedent.

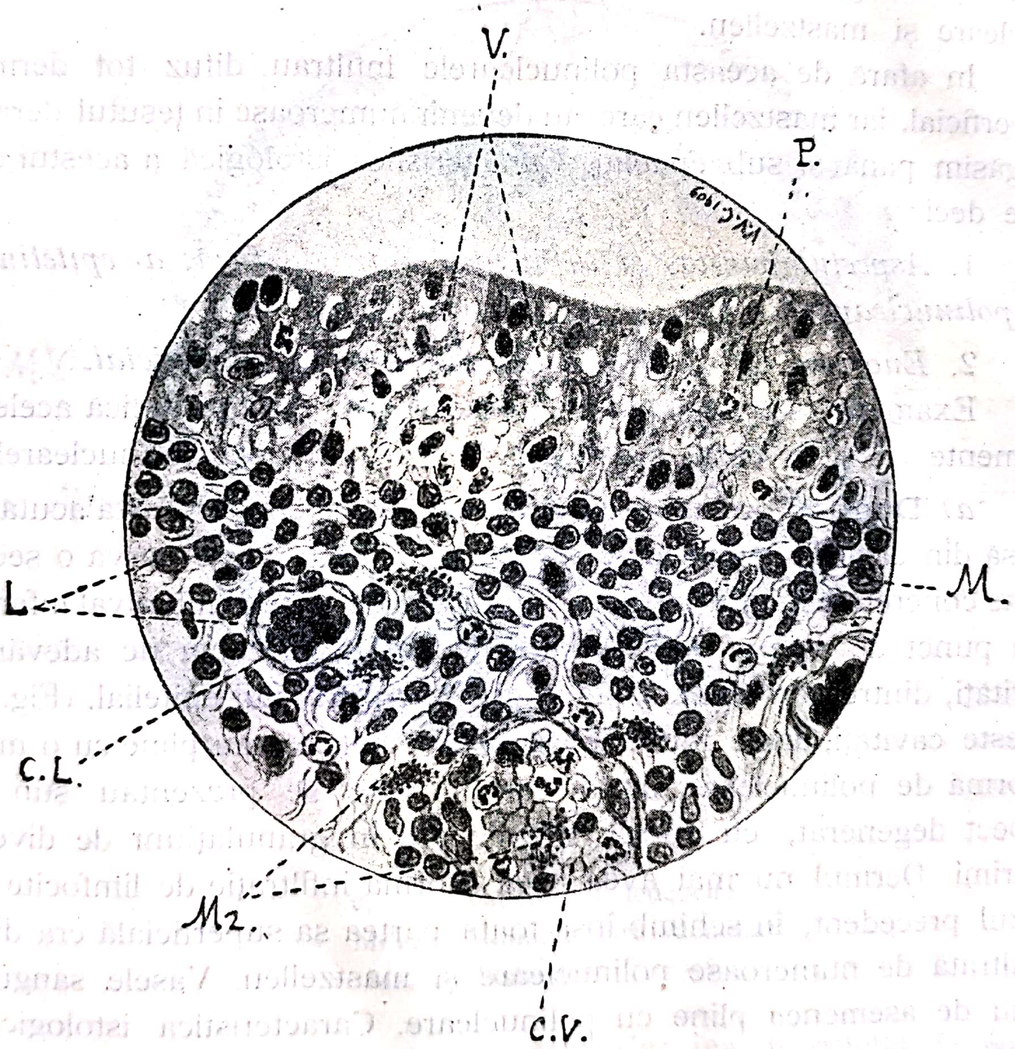


Fig. 3.

V. = Vacuole
P. = Polinucleare
M. = Mononucleare
L. = Limfocite
C. L. = Capilar limfatic
C. S. = Capilar sanguin
Mz. = Mastzellen

Examenul istologic al biopsiei ne-a arătat: aspectul de burete al epiteliului, din cauza marelui număr de vacuole ce-l ciuruesc.

Epiteliul în toată grosimea sa e bogat străbătut de polinucleare, cari înaintează printre celulele epiteliale ca prin nişte teci. Unele din aceste polinucleare intră chiar în vacuolele intraepiteliale, iar altele se văd cum se desprind din epiteliu pentru a cădea în sacul conjunctival. (Fig. 3).

Dermul prezenta o infiltraţie extremă de limfocite, mai ales imediat sub epiteliu. Capilarele limfatice abia vizibile în primele 2 cazuri erau aci foarte evidente. şi pline cu limfocite. Capilarele sanguine pe lângă multe limfocite conţineau un notabil număr de polinucleare şi mastzellen.

In afară de aceasta polinuclearele infiltrau difuz tot dermul superficial, iar mastzellen care au devenit numeroase în ţesutul dermic le găsim până şi sub epiteliu. Caracteristica istologică a acestui caz este deci:

1. *Aspectul buretos şi infiltraţia mare, difuză, a epiteliului cu polinucleare:*

2. *Enormul aflux limfocitar din dermul superficial.*

Examenul secreţiei conjunctivale a acestui caz ne indică aceleaşi elemente ca şi în cazul precedent cu predominenţa polinuclearelor.

a) **După 56 ore aspectul clinic ocular** de conjunctivită acută intensă din cazurile precedente începe să diminue. Se observă o secreţiune concretată în mod neregulat în fundul de sac conjunctival inferior. Din punct de vedere istologic era de notat: prezenţa de adevărate cavităţi, dintre cari unele vaste în grosimea stratului epitelial. (Fig. 4). Aceste cavităţi, unele intra, altele interepiteliale erau pline cu o masă enormă de polinucleare, dintre cari o parte se prezentau sub un aspect degenerat, cu nuclei fragmentaţi în granulaţiuni de diverse mărimi. Dermul nu mai avea acea enormă infiltraţie de limfocite din cazul precedent, în schimb însă toată partea sa superficială era difuz infiltrată de numeroase polinucleare şi mastzellen. Vasele sanguine erau de asemenea pline cu polinucleare. Caracteristica istologică a acestui caz este deci:

1. *Scobirea stratului epitelial prin numeroase cavităţi pline cu polinucleare, dintre cari unele pe cale de digestie intraepitelială.*

2. *Infiltraţia difuză şi bogată a dermului cu polinucleare.*

Examenul citologic al secreţiei conjunctivale ne arăta: acelaşi celule epiteliale, mai degenerate însă şi în plus numeroase polinucleare.

* * *

Din examenul anatomo-patologic al pieselor provenind de la aceste 4 cazuri ajungem la următoarea interpretare biologică:

Tuberculina în acţiunea sa locală din oftalmoreacţie face să reacţioneze în mod separat şi specific fie-care din cele 2 straturi elementare ale conjunctivei: epiteliul şi dermul.

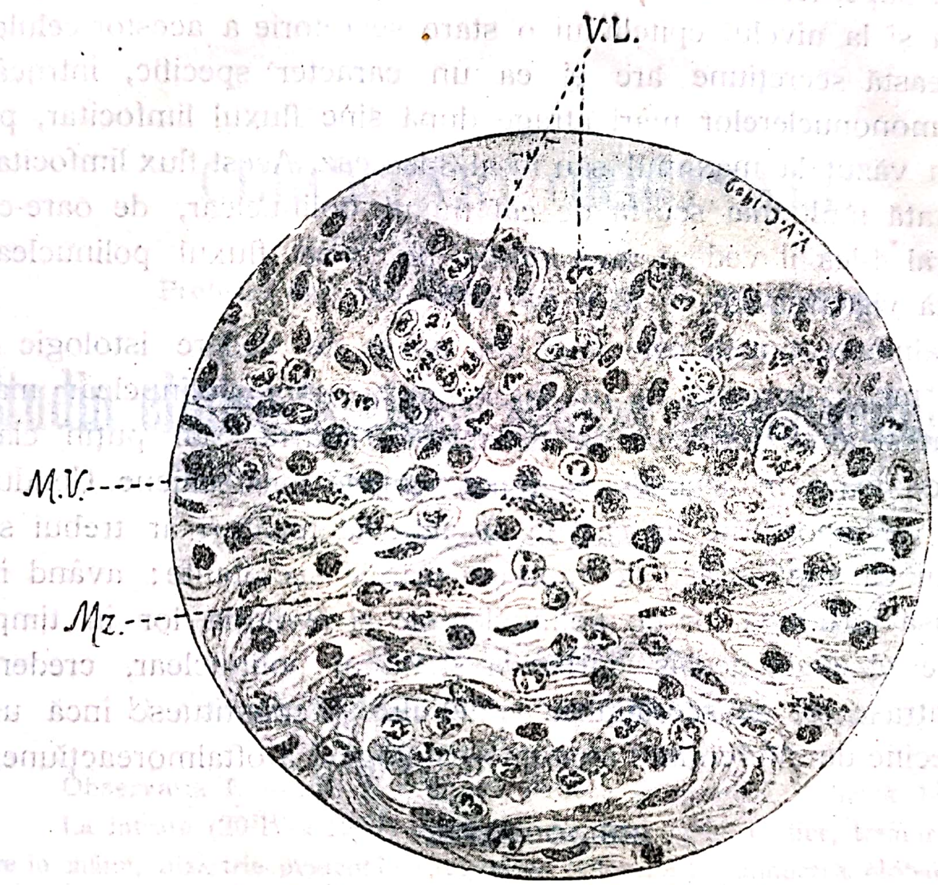


Fig. 4.

V. L. = Vacuole cu leucocite
M. v. = Mononucleare vacuolare
Mz. = Mastzellen

Prin acţiunea sa asupra epiteliului iea determină o stare ipersecretorie a acestui epiteliu. Ceva mai mult această secreţie e şi specifică în sensul că: lichidul secretat şi acumulat în vacuolele epiteliale exercită o atracţiune asupra şi numai asupra polinuclearelor. Numai ast-fel se explică cum polinuclearele trec în masă să infiltreze epiteliul, unde o parte din ele sunt supuse acţiunei digestive ale aceluiaş lichid, iar o altă parte scăpând acestei acţiuni ies la suprafaţa epitelului unde constitue secreţiunea concretată ce pluteşte în fundul de sac conjunctival inferior. Această atracțiune a polinuclearelor merge crescând dela începutul și până aproape imediat înaintea sfârșitului oftalmoreacției, când atracțiunea încetează iar infiltrația de polinucleare regresează rapid.

Prin acțiunea sa asupra dermului și în special asupra stratului său superficial format de mari mononucleare tuberculina provoacă ca și la nivelul epiteliului o stare secretorie a acestor celule.

Această secrețiune are și ea un caracter specific, întrucât secreția mononuclerelor mari atrage după sine fluxul limfocitar, pe care l-am văzut la maximul său în al 3-lea caz. Acest flux limfocitar e de durată mult mai scurtă de cât fluxul polinuclear, de oare-ce în cazul al 4-lea îl vedem mult redus, pe când fluxul polinuclear e în toată vigoarea lui.

Oftalmoreacțiunea este deci din punct de vedere istologic o reacțiune mixtă, formată de un dublu flux: unul polinuclear mai îndelungat și altul limfocitar de durată mai scurtă. Mai puțin clar e rolul ce-l joacă în această reacțiune celulele mastzelliene. Conducându-ne de raporturile pe cari le au față de țesuturi ar trebui să conchidem că sunt atrase de mononuclearele secretante; având în vedere însă înrudirea lor cu polinuclearele și evoluția lor în timp, care urmează exact aceiaș curbă ca și fluxul polinuclear, credem că sunt atrase tot de secrețiunea epiteliului și constituesc încă un punct specific de diferențiare anatomo-patologică a oftalmoreacțiunei.

BIBLIOGRAFIE

(1) Sabrazès. Folia Hematologica 1907, p. 804.
(2) R. Dietschky. Münch. Med. Woch, 1908.
(3) Mongour et Brandeis. Bull. Medical, Noembrie 1907.
(4) Stuelp. Klin. Monatsbl. f. Augenh. I, p. 294, 1908.
(5) Stanculeanu. Ueber die pathologische Anatomie der ophtalmoreaktion. Klin. Monatsbl. f. Augenh. April 1909.

CERCETĂRI ORIGINALE

Profesor Dr. AL. OBREGIA și Dr. P. PITULESCU

Studiu clinico-istologic asupra simpaticului solar

în boalele mintale

[Urmare și Fine] (1)

II. Leziuni cronice

1) *Paralizia generală cu evoluție lentă, cronică.*

Observația I. — *An. Bc.* 35 ani, sifilitică și alcoolică. Bolnavă de 6 luni.

La intrare (20/IV-a 1907) prezintă: pupilele egale miotice, tremurături fibrilare în mâini, dizartrie evidentă; exagerarea reflexelor; diminuarea globală a facultăților intelectuale cu o stare de euforie în cea ce privește sănătatea, fără delir de grandoare și halucinații.

La 29/X 1907, sucombă în urma unui ictus.

Necropsia. Dura mater e îngroșată; pia e iperemiată și aderentă de scoarță, pe care lasă ulcerații. Scoarța e de culoare cenușiu roșcată și înmuiată. Epiteliul ependimar e granulat. Vasele corticale sunt sclerozate. Cordul ipertrofiat. Aorta ateromatoasă. Ficatul scleros. Splina mare cu trabeculii evidenți. Rinichii scleroși și congestionați. Stomacul dilatat. Mucoasa gastro-intestinală iperemiată. Intestinul gros plin cu coproliți.

Ganglioni solari puțin măriți de volum, de conzistență *crescută și de culoare albă-roză.*

Țesutul lor conjonctiv e iperplaziat; trabeculi și capsulele îngroșate. Printre elementele lor se constată o infiltrație recentă de elemente rotunde. Vasele au pereți parte îngroșați și infiltrați cu elemente rotunde și cu celule plasmatice. Printre capsule se constată celule plasmatice cu corpul granulat metacromatic.

---

(1) Vezi No. 6 și 7 „Revista Științelor Medicale“, 1909.

Celulele nervoase de toate tipurile au corpul diminuat, unele mai mult, altele mai puţin, şi retractat de capsulă. Conturul lor neregulat e scobit de numeroase adâncături sau zdrenţuit. Corpul celulei: în majoritatea elementelor e ocupat de vacuole de diferite mărimi; în celelalte, există o cromatoliză înaintată.

In special celulele mici sunt cele mai alterate; locul lor sau e ocupat de xantosome, sau de nuclei capsulari, care formează noduli reziduali (Nissl).

Reţeaua fibrilară în general e conservată.

La unele celule mari tip reticulat reţeaua e palidă şi compusă din fibrile fine, palide, abia vizibile. La altele reţeaua are ochiurile lărgite mult şi în special la periferia celulei, unde iau aspectul de vacuole. In fine în altele reţeaua e aproape complect dispărută; nu există de cât resturi împrejurul nucleului şi la intrarea în prelungiri.

In celulele tip pseudofasciculat, la unele fasciculaţia perzistă însă formată în fibrile palide foarte fine, în altele n'a rămas de cât resturi perinucleare şi la intrarea în prelungiri iar la periferie se găsesc vacuole.

In celulele mici tip reticulat, reţeaua e dispărută la aproape totalitatea elementelor, iar în locul ei se observă sau granulaţii fine sau vacuole.

In cele mai multe prelungiri fibrilaţia există, dar e palidă şi ondulată.

Xantosomele există în majoritatea elementelor cu reţeaua fibrilară păstrată sau nu; — însă sunt supraabundente în celulele profund lezate.

La acest caz am întâlnit cele mai dese terminaţii în formă de ghem reticulo-fibrilar, care iau contact cu corpul celulei în care îşi sapă o adâncătură. (Fig. 5).

Tot la acest caz am surprins cum două ramuri fine venind din direcţii opuse se întâlnesc la un moment dat într'un punct, se ramifică şi-şi împleticesc ramurile unele cu altele formând un fel de plex fuziform.

Terminaţii în formă de inel fin se găsesc dese printre ramurile plexului.

Terminaţiile în bule sau măciuci piriforme şi bine impregnate ale lui Cajal sunt rare.

Observaţia II. — *And. St.* de 45 ani, sifilitic. Bolnav de 6 luni. Internat la 8/1 1906, când prezenta: pupilele miotice egale, tremurături fine în mâini, limba agitată de mişcări de trombon, dizartrie uşoară, reflexele exagerate, mersul nesigur, somnul agitat, delir de grandoare vast, însoţit de agitaţie motorie, facultăţile intelectuale dezorganizate.

Citodiagnosticul e pozitiv.

Din când în când are atacuri congestive.

La 8/III 1907 sucombă în marasm paralitic.

Necropsia. Escară sacrată întinsă. Meningoencefalită cronică difuză. Congestie cerebrală. Ependimită granuloasă. Pulmoni oedemaţiaţi ipostatic. Aorta ateromatoasă. Ficatul scleros şi cu perihepatită. Splina mărită, dar cu trabeculi evidenţi. Rinichi mici, scleroşi şi iperemiaţi. Suprarenalele ramolite. Stomacul şi intestinele intens iperemiate.

Ganglionii solari sunt ipertrofiaţi şi de aspect nodular. Ţesutul lor conjonctiv e iperplaziat şi foarte puţin infiltrat.

Vasele au pereţii îngroşaţi şi cu adventiţia uşor infiltrată. Capsulele au nuclei proliferaţi.

Celulele nervoase mari sunt de volum normal, de formă rotundă, cu cromosomele în bună parte conservate; totuşi se observă la unele o cromatoliză centrală manifestă, la altele o pulverizare fină a cromosomelor.

Celulele medii şi mici sunt reduse de volum retractate puţin de capsulă şi colţuroase, iar ca leziuni prezintă leziuni variind de la cromatoliza centrală uşoară la cromatoliza totală, cu vacuolizarea protoplasmei, cu excentrizarea şi deformarea nucleului.

In toate celulele există xantosome însă mai abundente în celulele profund alterate.

Celule plasmatice cu granulaţii metacromatice există dar în număr restrâns.

Reţeaua fibrilară există numai în celulele mari cu prelungiri voluminoase. Fibrilele lor sunt palide, abia vizibile; apar mai evidente la intrarea în prelungiri.

De asemenea se constată fibrilaţie şi în celulele tip pseudofasciculat, dar tot palidă şi fină.

In restul celulelor, de talie mică şi mijlocie, care fac majoritatea, reţeaua e complect dispărută; se observă fibrile numai în prelungiri unde sunt regresate granulos.

Plexurile pericelulare şi periglomerulare sunt de-o avuţie de ramuri anormală.

Terminaţii în formă de inel, buton şi măciuci omogene sau bule piriforme se găsesc un număr evident.

Terminaţii în formă de ghem reticulo-fibrilor se întâlnesc rar.

Observaţiunea III-a. — *And. I.*, 55 ani, sifilitic şi alcoolic. Boala a început, acum 6 luni, cu un ictus cu emiplegie. Internat la 3/V 1906, când prezenta: pupilele inegale miotice, tremurături fine în mâni şi limbă, dizartrie, emipareză şi diminuarea facultăţilor intelectuale.

Citodiagnosticul pozitiv.

Sucombă după o agitaţie intensă urmată de un ictus la 2/X 1906.

Necropsia. Meningoencefalită cronică difuză, emoragie subarachnoidiană, ramolisment ischemic al plicei curbe stângi, ependimită granuloasă şi scleroza vaselor cerebrale. Cordul mărit de volum. Aorta ateromatosă. Pulmoni oedemaţiaţi. Ficatul mare congestionat. Splina mărită şi cu pulpa difluentă. Rinichi mici scleroşi. Stomacul dilatat.

Intestinele iperemiate.

Ganglionii solari sunt măriţi de volum, cel drept însă mai mic şi mai boselat, de cât cel stâng.

Invelişul lor fibros şi trabeculi sunt îngroşaţi. Vasele au pereţi îngroşaţi şi puţin infiltraţi cu elemente rotunde.

Celule plasmatice există dese.

Celulele nervoase în general sunt aproape incolore; apar ca nişte siluete de celule: vacuolele sunt numeroase. Nucleul lor e excentric şi deformat.

Câteva din celulele medii şi foarte puţine din cele mari sunt colorate, iar cromosomele lor sunt fin pulverizate. — Nucleul lor este aproape central şi nedeformat.

Xantosome există în toate celulele; abundă însă numai celulele mici.

Starea reţelei citoplasmice este aproape identică celei din cazul precedent.

Observaţia IV. — *An. T.*, And. 45 ani, sifilitică şi alcoolică şi cu ereditatea nervoasă încărcată. Bolnavă de vre-o cinci luni.

Internată la 1/VIII 1906, când prezenta: tremurături manifeste, inegalitate pupilară, mers nesigur, vorbire dizartrică, reflexe exagerate şi trofoedem cronic al gambelor, — diminuarea globală a facultăţilor intelectuale, fără delir, dar manifesta o stare de euforie, când era vorba de sănătatea ei.

Citôdiagnosticul e pozitiv.

Treptat se dezorganizează şi sucombă în marasm la 16/III 1907.

Necropsia. Meningoencefalită cronică difuză, congestie cerebrală, scleroză a arterelor cerebrale, ependimită granuloasă. Pulmoni şi cordul normale. Ficatul, splina şi rinichi scleroşi şi iperemiaţi. Stomacul dilatat. Mucoasa stomacală şi intestinală iperemiată şi cu sufuziuni. In intestinul gros se găsesc materii fecale întărite şi corpi străini (fragmente mici de lemn, petricele).

Ganglioni solari măriţi de volum, tuberoşi şi congestionaţi. Tesutul lor conjonctiv e augmentat şi infiltrat pe oare-care distanţă împrejurul vaselor cu elemente rotunde. Vasele au pereţii îngroşaţi şi puţin infiltraţi.

Celulele nervoase sunt reduse de volum, dar îşi păstrează forma rotundă. La toate se găseşte o cromatoliză înaintată, lăsând însă în totdeauna un fin cerc cromatic la periferia celulei.

Nucleul la toate aceste elemente e situat excentric şi deformat.

Xantoplasmă este în aproape toate celulele dar în cantitate relativ mică şi sub formă de xantosome fine.

Reţeaua fibrilară, în celulele mari tip reticulat, este conservată, însă are ochiurile lărgite prin dispariţia trabeculilor iar fibrilele primare par îngroşate.

In prelungirile lor fibriliii par reduşi ca număr dar îngroşaţi, neregulaţi (fig. 6 şi 7).

Aceiaşi stare se constată în celulele de tip pseudofasciculat.

In celulele de talie mică, tip reticulat, reţeaua fibrilară e complect dispărută, iar prelungirile lor sunt omogen impregnate.

Xantoplasma se găseşte sub formă de xantosome mici dar în cantitate variabilă. Plexuri de ramuri abundă, împrejurul unor celule.

Observaţia V. — *I. Ath.* de 45 ani, sifilitic şi alcoolic.

Boala a început acum trei ani printr'un ictus apoplectic. Internat la 30/1 1907, când prezinta tremurături manifeste, vorbirea puţin dizartrică, pupilele inegale, reflexele exagerate, scăderea globală a facultăţilor intelectuale şi o stare de depresiune cu tendinţă la sinucidere, fără delir sau halucinaţii.

Citodiagnosticul pozitiv.

După cât-va timp depresiunea a încetat, însă dezorganizarea a mers treptat, a intrat în marasm şi apoi a sucombat la 25/XII 1907.

Necropsia. Meningo-encefalită cronică difuză, pachi-meningită, scleroză corticală cu atrofia circumvoluţiilor, ependimită granuloasă şi scleroza viscerelor. Ganglioni solari sunt de mărime normală, dar par noduroşi.

Leziunile microscopice întâlnite la acest caz sunt identice celor din cazul precedent, cu singura deosebire că, în ceea-ce priveşte reţeaua fibrilară, sunt unele celule, care păstrează încă un reticul, dar ale căror ochiuri sunt largi şi cu fibrilele îngroşate. Prelungirile lor sunt omogene şi intens impregnate (vezi fig. 18).

Observaţia VI. — *T. Bat.* de 50 ani, vechi sifilitic şi alcoolic. Boala s'a anunţat cu 6 luni înainte de internare.

Internat la 7/VI 1906, când prezenta: dizartrie manifestă, pupilele neegale, tremurături manifeste, reflexele exagerate, fără delir de grandoare şi fără halucinaţii, avea însă o stare de euforie.

Citodiagnosticul pozitiv.

Treptat starea lui s'a agravat, ideile de grandoare aŭ apărut, din când în când agitat, face un ictus şi sucombă la 9/II, 1907.

Necropsia. Escară mare sacrată. Meningoencefalită cronică difuză, atrofia şi scleroza circumvoluţiilor frontale. Ependimită granuloasă, scleroză a vaselor cerebrale. Iperemie a tuturor viscerelor.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum şi foarte neregulat boselaţi. Ţesutul lor conjonctiv este iperplaziat, trabeculii sunt lărgiţi; celulele dar mai ales grupele ganglionare sunt mult distanţiate între ele.

Vasele au pereţii foarte îngroşaţi şi numai cu adventiţia puţin infiltrată cu elemente rotunde. Celule plasmatice în pereţii vaselor sunt rare şi tot aşa şi în ţesutul conjonctiv.

Celulele nervoase. La acest caz ganglionul pare compus în marea majoritate a elementelor din celule mari, puţine celule mici şi foarte rare celule de talie medie.

Celulele mari întrec ca mărime mult normala şi sunt: unele globuloase sau ovalare, altele poligonale şi cu prelungirile colorabile pe distanţă mică. In general toate au prins bine culoarea; s'ar putea chiar clasa ca ipercromatice.

Cele rotunde prezintă mai totdeauna o cromatoliză centrală, rare ori periferică. Rare sunt deasemenea celulele care să aibă toată substanţa cromofilă fin pulverizată. Vacuole se găsesc în celulele cu cromoliză periferică.

Cele poligonale prezintă o serie întreagă de aspecte variate de leziuni: de la aspectul normal cu cromosome mari, şi până la cromatoliza centrală cea mai înaintată.

Nucleul lor cele mai dese-ori intermediar, rare-ori central sau excentric. Se întâlnesc şi doi nucleoli. Xantosome se găsesc puţine, diseminate sau grămădite.

Celulele medii şi mici sunt profund alterate. Corpul lor e redus de volum, substanţa cromatică fin pulverizată sau dispărută complect. Nucleul cele mai dese ori excentric şi deformat. Xantosomele sunt mai numeroase ca în celulele mari.

Reţeaua fibrilară se prezintă cu stări foarte variate.

In celulele mari, tip reticulat, se constată două feluri de leziuni: celulele voluminoase au reţeaua fibrilară foarte evidentă dar cu ochiurile mai largi având trabeculii dispăruţi, aşa că fibrilele primare par oare-cum independente dintr'o parte în cea-laltă a celulei (vezi fig. 19).

In prelungirile lor fibrilele sunt reduse ca număr dar sunt îngroşaţi.

In restul celulelor mari, şi în majoritatea celor de talie medie, reţeaua fibrilară citoplasmică este formată din fibrile foarte fine excesiv de palide şi foarte ondulate ceea-ce face ca reţeaua să fie abia vizibilă. (vezi fig. 20). Ochiurile acestei reţele sunt mai puţin lărgite de cât la tipul precedent, însă la unele din ele se constată că reţeaua perinucleară e dispărută, fibrilele au suferit regresiunea granuloasă, iar granulele sunt tot aşa de palide ca fibrilele.

In celulele de tip pseudo-fasciculat se constată la majoritatea lor că fibrilaţia e în mare parte conservată, dar fibrilele sunt palide, fine.

La unele trabeculii au dispărut iar fibrilele primare par îngroşate şi independente străbătând celula dintr'o parte în alta. Traectul acestor fibrile primare e foarte ondulat, spiralat, aşa că întretăindu-se cu alţi de acelaş aspect circumscriu cavităţi rotunde sau ovoide, care apropie aceste celule de celulele cu tip reticulat, ale căror ochiuri s'au rotunzit (vezi fig. 21). In prelungiri fibrilele par mai evidente însă de traect foarte ondulat.

La alte pseudo-fasciculaţia se păstrează dar fibrilele sunt extrem de palide.

In fine în majoritatea celulelor mici şi unele din cele medii, au reţeaua fibrilară în bună parte dispărută; fibrilele au suferit regresiunea granuloasă.

Dintre formaţiile normale distingem cuiburile pericelulare, glomeruli, etc., care sunt formate din ramuri excesiv de numeroase, unele groase, altele foarte fine, care imitează plexurile de neo-formaţie.

In interiorul acestor plexuri se întâlnesc des terminaţii în formă de: inel, buton şi măciuci. Terminaţii în formă de bule piriforme, omogene, ale lui Cajal se constată destul de des.

Tot atât de frecuente sunt terminaţiile de fibre aferente sub formă de ghem reticulo-fibrilar, care vine să se pue în contact cu corpul celulei, în care îşi sapă o adâncătură.

Observaţia VII. — *Gr. D. Dd.* de 58 ani, sifilitic. Bolnav de 6 luni, cu debut depresiv. Internat la 25/I, 1907, când prezenta: tremurături manifeste, inegalitate pupilară, dizartrie, şi o stare de agitaţie maniacală.

Citodiagnosticul pozitiv.

Sucombă prin marasm la 16/II, 1907.

Necropsia. Meningo-encefalită cronică difuză cu lepto-meningită în placarde, congestie intensă a encefalului. Ependimită granuloasă. Cordul mărit şi cu plăci lăptoase pericardice. Pulmoni iperemiaţi. Ficatul scleros. Rinichii mici scleroşi. Splina moale. Stomacul şi intestinele subţiri distinse cu gaze. Intestinul gros e plin cu materii fecale întărite.

Ganglionii solari sunt extrem de măriţi (2—3 ori volumul normal) duri, scleroşi, noduroşi şi lobulaţi. (vezi fig. 26).

Celulele lor nervoase par reduse ca număr, însă ca volum majoritatea lor sunt globuloase, par ipertrofiate, şi în stare de cromatoliză mai mult sau mai puţin complectă, cu nucleul cele mai dese ori excentric şi deformat; minoritatea, celulele mici, sunt în stare de acromatoză, vacuolizate, şi cu nucleul excentric şi deformat.

Xantosome se găsesc în toate celulele; abundă însă în aceste din urmă celule mici.

Ţesutul conjonctiv e iperplaziat. Vasele sunt îngroşate şi au pereţii infiltraţi cu celule plasmatice şi elemente rotunde.

Celulele plasmatice cu granulaţii metacromatice abundă printre celulele nervoase.

Leziunile reţelei citoplasmice sunt aproape identice celor descrise la cazul precedent.

Observaţia VIII. — *Il. Fr.*, de 55 ani, vagabondă; are semne de sifilis şi a abuzat de alcoolice. Bolnavă de un an. Internată la 15/VIII, 1907, când prezenta: pupilele miotice egale dar imobile, tremurături manifeste, limba cu mişcări de trombon, vorbirea tărăgănată şi dizartrică. Mersul nesigur, incontinentă, fără delir şi halucinaţii dar cu o scădere însemnată în facultăţile intelectuale.

Citodiagnosticul pozitiv.

Făcea dese ori atacuri congestive; în urma unuia a şi sucombat la 7/I 1908.

Necropsia. Meningoencefalită cronică difuză. Atrofia scoarţei, microgirie frontală. Ependimită granuloasă. Scleroză a vaselor corticale şi iperemia encefalului. Cordul mare; valvulele îngroşate. Aorta ateromatoasă. Ficatul şi rinichi scleroşi. Splina mare. Stomacul şi intestinele subţiri, iperemiate.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum şi scleroşi. Ţesutul lor conjonctiv e iperplaziat. Vasele îngroşate au adventiţia puţin infiltrată.

Celulele nervoase sunt diminuate de volum, dar unele din ele, cele mai numeroase, îşi păstrează forma rotundă, altele sunt neregulat colţuroase cromosomele in bună parte au dispărut sub formă de cromatoliză centrală până la totală.

Xantosome există în abundenţă, fie difuzate, fie constituind conglomerate.

Celule plasmatice cu granulaţii metacromatice sunt numeroase printre grupele de celule.

Leziunile reţelei citoplasmice sunt identice celor două cazuri precedente.

Observaţia IX. — *Gh. St.,* Cst. 52 ani, sifilitic, alcoolic şi traumatisme craniene.

Boala a început acum 6 luni prin icturi. Internat la 23/III, 1906, prezenta: pupilele egale miotice dar rigide, tremurături în mâini şi limbă, dizartrie, mers nesigur, delir de grandoare vast cu scăderea globală a facultăţilor intelectuale. Avea zoopsii şi visuri terifiante.

Citodiagnosticul pozitiv.

Atacuri congestive avea dese. Sucombă în urma unei emoragii subarachnoidiane.

Necropsia. Pachimeningită internă, emoragie subarachnoidiană. Leptomeningoencefalită cronică difuză. Microgirie frontală. Atrofia scoarţei, Ependimită granuloasă. Scleroza vaselor cerebrale. Iperemie encefalică şi a tutulor viscerelor.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum şi sclerozaţi.

Leziunile microscopice sunt mai înaintate ca la cazurile precedente. Ţesutul conjonctiv şi vasele sunt foarte îngroşate. Celulele nervoase au cromatoliză foarte înaintată, vacuole numeroase, şi xantosome foarte abundente.

In cea ce priveşte reţeaua fibrilară, la acest caz, rar se întâlneşte o reţea palidă în celulele mari tip reticulat. In cele mai multe celule reţeaua e complect dispărută, iar corpul celulei e impregnat şi colorat uniform.

Observaţia X. — *Gh. T. Rdv.* 55 ani, sifilitic şi alcoolic. Bolnav de un an. Internat la 28/VII, 1906 când prezenta: pupilele miotice şi rigide, tremurături fibrilare în limbă şi mâini, dizartrie uşoară, mers nesigur, şi manifesta un intens delir de grandoare.

Citodiagnosticul pozitiv.

Sucombă la 6/V 1907 în urma unei emoragii cerebrale.

Necropsia. Pachimeningită emoragică. Meningoencefalită cronică difuză. Atrofia scoarţei şi a circumvoluţiilor, iperemie cerebrală şi în toate viscerele.

Ganglioni solari sunt puţin ipertrofiaţi şi bombaţi.

Ţesutul conjonctiv, vasele, capsulele sunt îngroşate.

Celulele nervoase sunt, în marea majoritate, cu cromatoliză aproape totală, cu vacuole şi cu xantosome, abundente. Sunt rare celulele, care deşi au corpul micşorat, totuşi sunt ipercromatice, cu substanţa cromofilă sub formă de blocuri sau pulvere fină, diseminate în toată protoplasma.

Nucleul este în totdeauna excentric şi neregulat.

Starea reţelei fibrilare e identică celei din cazul precedent, cu singura deosebire că aici protoplasma e săpată de numeroase vacuole.

Prelungirile celulelor sunt subţiri sinuoase intens impregnate fără urme de fibrilaţie, constituesc plexuri abundente.

Observaţia XI. — *N. Ct.*, de 36 ani, alcoolic şi sifilitic. Bolnav de vre-o patru luni. Internat la 6/V, 1905, când prezenta: pupilele inegale şi rigide, tremurături fine, vorbirea dizartrică, reflexele rotuliane exagerate, idei de grandoare şi o scădere însemnată a facultăţilor intelectuale.

Citodiagnosticul pozitiv.

La 4/III, 1907, sucombă în urma unui ictus apoplectic grav.

Necropsia. — Meningoencefalită cronică difuză. Atrofia scoarţei şi circumvoluţiilor frontale. Scleroza vaselor cerebrale. Ependimită granuloasă. Congestie cerebrală şi iperemia tutulor viscerelor.

Ganglioni solari puţin ipertrofiaţi şi lobulaţi. Ţesutul lor conjonctiv e mult dezvoltat. Celulele nervoase par reduse ca număr, diminuate de volum şi de formă rar rotundă, mai des colţuroasă.

Cele mai multe din ele au substanţa cromatică dispărută sau fin pulverizată. Se observă şi dese vacuole. Sunt puncte care reprezintă locul unor celule dispărute şi caracterizat printr'un nodul de nuclei rotunzi sau alungiţi amestecaţi cu xantosome, care abundă în toate celulele.

Reţeaua fibrilară în unele celule mari este fină, palidă, şi cu ochiurile foarte fine, în altele reţeaua perinucleară sau periferică este dispărută, regresată granulos.

In celulele medii şi mici reţeaua e dispărută.

In prelungirile acestor celule există fibrile, cari sunt rărite ca număr, dar puţin îngroşate.

Imprejurul multor celule, în special cele profund lezate, se constată un plex foarte complex format din ramificaţia prelungirilor, printre care se găsesc terminaţii în formă de inel sau măciuci mici.

Observaţia XII. — *Ct. Mh.*, 40 ani, sifilitic. Bolnav de un an. Internat la 12/XI 1905, când prezenta: pupilele egale, miotice; vorbirea dizartrică, tremurături fine în limbă, buze şi mâni, delir de grandoare şi decăderea facultăţilor intelectuale.

Citodiagnosticul pozitiv.

La 21/III 1907, sucombă în urma unui atac congestiv.

Necropsia. Escară sacrată mare. Meningoencefalită cronică difuză. Atrofia scoarţei. Scleroza vaselor cerebrale.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum şi rezistenţi. Ţesutul lor conjonctiv e iperplaziat. Vasele sunt îngroşate. Celulele nervoase sunt mult reduse ca număr şi foarte mult diminuate de volum, colţuroase, cu unghiurile alungite, cu prelungirile evidenţiate pe o mică distanţă şi subţiri.

Corpul lor este sau incolor, sau slab colorat, dar uniform, celulele având un aspect vitros lacat şi în protoplasma, căreia nu se distinge nici o urmă de granulaţii.

Corpul lor dese ori e retractat de capsule şi nuclei acestor din urmă evident proliferaţi. Sunt în fine unele celule a căror existenţă se poate diagnostica numai după locul granulaţiilor xantoplasmice. care au rămas ca o insulă în mijlocul ţesutului conjonctiv.

Reţeaua fibrilară în celulele mici şi medii, cu corpul colţuros, este extrem de palidă şi fină, până la invizibilă chiar. (fig. 22).

In celulele mari trabeculii reţelei au dispărut; a rămas numai fibrilele primare, care sunt mai puţine la număr dar mai groşi ca normal. (Vezi fig. 23).

Xantoplasma abundă in aceste celule — formând chiar adevărate blocuri.

Prelungirile celulelor par mai abundente ca normal în cât pare a forma plexuri neoformative.

Observaţia XIII. — *M. P.p.* de 36 ani, sifilitică. Internată la 5/VI 1905, când prezenta: pupilele egale miotice şi rigide, vorbirea trăgănată, tremurături evidente la mâini, reflexele exagerate şi delir de grandoare.

Citodiagnosticul pozitiv.

La 15/I 1907 sucombă în urma unui ictus.

Necropsia. — Meningo-encefalită cronică difuză. Microgirie frontală manifestă. Scleroza vaselor corticale. Iperemia encefalului şi a tutulor viscerelor.

Ganglioni solari sunt de mărime aproape normală, dar de conzistenţă crescută. Ţesutul lor conjonctiv e iperplaziat.

Vasele au pereţi foarte îngroşaţi, adventiţia infiltrată cu elemente rotunde şi celule plasmatice.

Celulele nervoase sunt diminuate mult ca volum şi număr, iar forma lor la toate e aproape colţuroasă. Toate sunt în stare de cromatoliză; multe sunt în stare de acromatoză complectă. Nucleul lor este excentric şi deformat. Vacuole nu se găsesc, de cât la periferia unor celule.

Cantitatea de xantosome este minimă faţă de profundele leziuni ale substanţei cromatice.

Neurofagia e manifestă. Celulele plasmatice sunt abundente printre celulele nervoase.

Leziunile reţelei fibrilare sunt aproape complect identice cazului precedent.

Observaţia XIV. — *Opr. O.* de 48 ani, sifilitic şi cu ereditatea încărcată.

Internat la 22/X 1902, pentru că era agitat, impulsiv, avea delir de grandoare şi diminuarea facultăţilor intelectuale. După câtva timp delirul a încetat şi s'a observat o ameliorare, care a durat ani de zile până ce în cele din urmă s'a tuberculizat, iar fenomenele somatice şi psichice au reapărut; s'a dezorganizat repede şi a sucombat la 26/VI 1907.

Citodiagnosticul pozitiv.

Necropsia. Meningoencefalită cronică difuză. Atrofia scoarţei şi a circumvoluţiilor. Scleroză cerebrală şi vasculară. Iperemie cerebrală şi viscerală. Tuberculoză pulmonară.

Ganglioni solari sunt de mărime şi aspect normal. Ţesutul lor conjonctiv şi vasele sunt îngroşate.

Celulele nervoase în general sunt reduse de volum; reducerea în număr nu e apreciabilă. La unele din ele se observă o cromatoliză înaintată, cu vacuolizarea corpului protoplasmic, cu excentricitatea nucleului şi cu supraabundenţă de xantosome; la altele de aspect aproape normal se observă numai o pulverizare fină a granulaţiilor.

Reţeaua fibrilară, la unele celule mari, cu prelungiri voluminoase, e formată din fibrile primare îngroşate şi reţeaua cu ochiuri largi; la altele, majoritatea, reţeaua e complect dispărută.

Xantosomele abundă în corpul celulelor pe prelungiri la oare care distanţă şi în ţesutul interstiţial.

Glomerulul, cuiburile dendritice, şi plexurile pericelulare sunt formate din ramuri foarte fine, subţiri, şi extrem de numeroase, din care unele se termină în formă de inel, altele în buton, măciuci şi bule.

Observaţia XV. — *Rod. N.*, de 67 ani, vechi alcoolic şi sifilitic. Boala s'a anunţat cu doi ani înainte de internare printr'un ictus. Internat la 16/VI 1907, când prezenta o stare de agitaţie intensă, vorbirea dizartrică, neînţeleasă, pupilele neegale, mersul nesigur, şi cu facultăţile intelectuale foarte dezorganizate.

Face dese atacuri congestive, escară sacrată şi sucombă la 21/VII 1907.

Necropsia. Meningoencefalită cronică difuză, scleroză corticală, atrofia circumvoluţiilor, ramolisment al emisferului cerebelos drept. Ateromazia vaselor cerebrale. Congestie cerebrală şi iperemia tutulor viscerelor.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum şi boselaţi. Ţesutul lor conjonctiv e iperplaziat mult, şi foarte infiltrat cu elemente rotunde, care formează noduli. (Vezi fig.)

Celulele nervoase, de formă în general globuloasă par ipertrofiate şi reduse ca număr. Substanţa cromofilă este fin pulverizată şi nucleul este mai totdeauna excentric.

Sunt unele celule mari, voluminoase, care au nucleul central sau puţin deplasat, şi împrejurul căruia se găseşte o zonă colorată uniform, care ocupă $^1/_5$—$^2/_5$ din distanţa de la nucleu la periferic; restul de $^3/_5$—$^4/_5$ externe din corpul celulei e ocupat de o zonă clară, sau slab colorată fără nici o structură, care contrastează cu zona perinucleară. In aceste din urmă celule nu se observă de loc xantosome.

Celulele de talie mică sunt colţuroase, complect acromatice, cu nucleul excentric şi supra încărcate cu xantosome.

Ceace e de remarcat în acest caz e prezenţa de pigment printre capsule, printre făşiile conjonctive, chiar la o mare distanţă de celulele nervoase. Celule plasmatice între celulele nervoase sunt numeroase şi cu granulaţii metacromatice abundente.

Reţeaua fibrilară este complect dispărută.

Corpul celulelor e colorat omogen, roş brun, în care rare ori se mai disting împrejurul nucleului sau la periferia celulei mici fragmente foarte palide şi fine de trabeculi sau granulaţii. In schimb însă un număr restrâns de celule nervoase voluminoase, care au conturul crenelat şi ia contact bine cu capsula, care pare că nu-i mai este încăpătoare. In centrul acestor celule şi mai rar excentric se găseşte un nucleu rotund, mic faţă cu enormul volum al celulei. Imprejurul nucleului se găseşte o zonă de protoplasmă omogen impregnată, colorată în roş-brun, care ocupă $^1/_5$—$^2/_5$ din corpul protoplasmic şi în care se disting foarte rar fragmente de trabeculi sau granule. Restul de $^3/_5$—$^4/_5$ periferice, adică spaţiul cuprins între zona perinucleară şi periferia celulei, e ocupat de o zonă clară, în care se distinge o reţea cu ochiurile rotunde şi din ce în ce mai largi spre periferie, asemănându-se foarte mult cu spongioplasma unor autori. (Fig. 24).

Dacă raportăm acest tip de celule la imaginele obţinute cu Nissl, descrise mai sus, constatăm că sunt identice celulelor din urmă, tip voluminos, şi compuse din două zone protoplasmice.

Tot în acest caz am intâlnit o celulă extrem de voluminoasă, de 3—4 ori mai mare ca normal, formată dintr'un nucleu rotund, excentric înconjurat de o zonă colorată şi în care se disting cu greu fibrile şi din o zonă periferică, care ocupă $^3/_4$ din celulă şi e formată din o reţea foarte evidentă şi cu ochiuri dese. (Vezi fig. No. 25).

Asupra naturei acestei stări nu ne putem pronunţa; însă, să nu se confunde cu reţeaua specială, care pretind unii autori că s'ar găsi la nivelul xantoplasmei.

Formaţiile de ramuri par a fi foarte avute şi iau un aspect de neoformaţie. Printre ele se disting multe terminate în inel fin, buton, măciuci, bule şi ghem reticulo fibrilar. S'a mai observat un mod curios de terminaţie al unei fibre fineî care formează, aproape de corpul celulei sau pe o prelungire, un ghem unifibrilar care rezultă din ghemuirea filamentului terminal, care în secţiune transversală seamănă cu un ghem de spirili.

* * *

Din această mulţime de aspecte variate de leziuni observate la aceste 15 cazuri de paralizie generală de evoluţie cronică, s'ar putea izola câte-va forme de leziuni, care se găsesc în mod constant la aproape toate aceste cazuri şi care ar putea forma caracteristica acestor leziuni.

In primul rând, la majoritatea cazurilor ganglionii solari sunt măriţi de volum, de aspect boselat, neregulaţi şi rezistenţi la secţiune (vezi fig. 28 şi 29 comparativ cu fig. 26 şi 27).

Asupra leziunilor observabile cu metoda Nissl insistăm puţin, fiind-că de ele s'au ocupat şi alţii cercetători; totuşi ele pot fi rezumate în: creşterea ţesutului conjonctiv şi îngroşarea capsulelor.

Vasele au pereţi îngroşaţi şi puţin înfiltraţi.

Noi am constatat, în plus, dese ori în pereţii vaselor, celule plasmatice de tipul celor din vasele lor corticale, iar în ţesutul conjonctiv intercapsular, celule plasmatice cu nucleul mic rotund şi incolor şi cu protoplasma formată din granulaţii excesiv de numeroase.

Celulele nervoase sunt diminuate ca număr în unele cazuri, în altele numai de volum.

Forma normală de multe ori e conservată, fiind redus numai volumul; de cele mai dese ori celulele sunt colţuroase cu conturul prevăzut cu scobituri, în cât dă un aspect de zdrenţuire.

Substanţa cromatică e în mare parte dispărută. Sunt celulele unde cromosomele au dispărut complect, iar protoplasma e ocupată de vacuole.

Xantosomele abundă în ambele forme; totuşi sunt neurocite în stare de cromatoliză înaintată şi în cari nu se găsesc xantosome.

Cea ce interesează este alteraţia reţelei fibrilare, care se poate rezuma în:

a) Subţierea extraordinară a fibrilelor, paloarea lor extremă unită în cele mai dese cazuri cu lărgirea ochiurilor reţelei prin fragmentarea şi dezintegrarea granuloasă a trabeculilor fini. Rare ori cu lărgirea ochiurilor reţelei coexistă îngroşarea unor neurofibrili primari, care au un traect foarte sinuos.

Dezintegrarea granuloasă a întregei reţele fibrilare până la degenerarea ei complectă cu vacuolizarea protoplasmei se întâlneşte destul de des.

Dese sunt, în toate aceste cazuri, celulele, în cari substanţa fundamentală e impregnată, colorată în roş-brun şi'n care nu se mai distinge nici o urmă de fibrilaţie.

Prelungirile, contrar celulelor, îşi păstrează în multe din ele fibrilaţia, care este sau foarte palidă şi ondulată sau fibrilele sunt rărite şi îngroşate sau în fine degenerate.

Forma prelungirilor de cele mai dese ori e varicoasă, sinuoasă neregulat (vezi fig. 30-31).

Xantoplasma abundă în aceste celule.

Afară de aceste constatări de mai sus, am găsit împrejurul unor celule pe cale de dispariţie, începuturi de *plexuri pericelulare de neoformaţie, formate din fire fine intens impregnate, din care unele terminate in măciuci, altele în inel fin.*

In plus, în mod aproape constant se constată o abundenţă remarcabilă de fibre în constituţia formaţiilor normale de prelungiri celulare.

Terminaţii nervoase în bule omogene sau măciuci se găsesc dese. Mult mai dese se întâlnesc terminaţiile de fibre aferente în formă de ghem reticulo-fibrilar.

Rare sunt celulele de aspect zdrenţuit.

In rezumat, gravitatea leziunilor simpaticului în formele cronice ale paraliziei generale este paralelă cu durata evoluţiei ei. Excepţie fac paraliziile generale de lungă durată, 5—6 ani şi mai mult, în care leziunile, deşi însemnate, nu corespund în cea ce priveşte gravitatea lor cu *lunga evoluţie a boalei*.

Ne întrebăm, dacă aceste leziuni oglindesc în ele starea somatică şi psichică a pacienţilor, cu alte cuvinte căutăm, cum zicc Laignel-Lavastine, „o notă solară".

Dacă ţinem seamă de multiplele şi variatele aspecte, ce ia paralizia generală la începutul, în cursul şi în faza ei terminală, e greu să izolăm din simptomele fizice şi psichice, pe acelea a căror origină e simpatică direct sau indirect.

Multiplele păreri emise asupra naturei şi patogeniei paraliziei generale, tind a recunoaşte în paralizia generală o maladie toxică generalizată a organismului, dar cu o acţiune electivă a toxinei asupra creerului.

Kraepelin vedc în *fonte paralitique* cum numeşte el cacexia denutritivă a paraliticilor generali, un semn de toxicitate generalizată a maladiei.

Noi pe baza leziunilor găsite în simpaticul solar şi pe constatările altor autori citaţi la începutul acestui capitol, credem că acţiunea electivă a toxinei paralitice nu se manifestă numai asupra creerului, ci asupra întregului sistem nervos inclusiv simpaticul.

S'ar putea chiar ca aceste leziuni ale simpaticului fiind prea însemnate să imprime întregului aspect al boalei o formă deosebită ipocondriacă, melancolică, etc.

Dacă încercăm să identificăm turburările viscerale ale paraliticilor generali — care nu sunt altceva de cât expresiunea simtomatică, cel puţin a dezechilibrului inervaţiei lor simpatice, dacă nu a alteraţilor lui profunde, cum dovedesc leziunile de mai sus — cu sindromele solare produse experimental de către Laignel-Lavastine, constatăm multe puncte de asemănare.

In adevăr multe din simptomele sindromelor solare experimentale, de excitaţie şi de paralizie, pot fi întâlnite în diferitele epoci ale revoluţiei paraliziei generale.

Aşa d. ex. pofta de mâncare exagerată a paraliticilor generali, lăcomia lor extraordinară, care-i costă de multe ori viaţa, diarea destul de frecuentată alternând cu o constipaţie intensă până la formarea de coproliţi, care e una din cauzele determinate cele mai frecuente, ale atacurilor congestive şi ictusurilor, meteorismul, atonia vezicală, insensibilitatea testiculară, etc., precum şi iperemia tutulor viscerelor până la sufuziuni şi echimoze, care se găsesc constant la necropsia paraliticilor generali şi care dă viscerelor un aspect vasoparalitic cum îl denumeşte Klippel.

De asemenea multe din turburările trofice locale ca: decubitele sacrate, trochanteriane etc., sunt legate de leziuni vasculare şi de perturbaţii vasomotorii locale din datorite alteraţiei celulelor simpatice, centrivasomotori şi trofici corespunzători.

Aceste modificări vasculare locale, favorizează infecţiile secundare.

Toate aceste constatări probează încă odată mai mult, că simpaticul in general şi plexul solar în particular, ia parte însemnată, prin leziunile sale, la simptomatologia paraliziei generale în diversele sale perioade.

Că în unele cazuri predomină leziunile în creer sau în altă parte a sistemului nervos d. ex. Simpaticul, aceasta e datorită predispoziţiei acelei părţi de-a se resimţi mai mult sau chiar de la început, faţă de toxina generalizată a paraliziei generale, este cea ce se numeşte punctul de chemare, fără ca celelalte părţi ale sistemului nervos să fie saŭ să rămâe indemne.

In acest sens unii autori au mers şi mai departe cu deducţiile. Klippel pretinde că afară de leziunile paraliziei generale există leziuni viscerale grave datorite influenţei directe a sistemului nervos paralitic, care leziuni adaogă, prin pervertirea funcţiilor viscerelor, noui intoxicaţii la toxina generală paralitică.

Cazeneuve, reprezentând părerile lui Régis, Anglade, pe baza faptului că simpaticul participă la leziunile difuze ale paraliziei generale, se încearcă să stabilească o nouă formă de paralizie generală, cu *debutul simpatic*, care ar ţine de localizarea primitivă a procesului morbid paralitic asupra simpaticului.

Régis crede, că la infecţia sifilitică, cauza cea mai frecuentă a paraliziei generale, se adaogă o intoxicaţie progresivă de origină organică, secondară turburărilor funcţionale sau insuficienţelor viscerale, datorite leziunilor progresive ale simpaticului.

Pe baza acestor citaţii, pe experienţele lui Laignel-Lavastine, şi pe leziunile constatate de noi, putem conchide că leziunile simpaticului au o parte, care intervine în cadrul simptomatic al paraliziei generale explicând unele manifestări coenestopatice, deliruri ipochondriace, idei de negaţiune, de transformaţiune a corpului, etc., etc., care se întâlnesc în diversele epoci de evoluţie ale paraliziei generale.

Dar aceste constatări mai probează că integritatea ganglionilor solari nu e indispensabilă pentru întreţinerea funcţiilor digestive; că această funcţiune se poate îndeplini în mod suficient deşi ganglioni prezintă leziuni multiple.

In adevăr sunt cazuri de paralizie generală înaintată, în care pacienţi graţie unei digestii supraactive au o îngrăşare atât de însemnată a organismului în cât se consideră de unii alienişti ca un semn de evoluţie rea, de un pronostic grav, fiind considerate în acelaşi timp ca forme *congestive*.

2. *Senilitate*

Ganglioni solari ai senililor au fost obiectul câtor va lucrări executate cu metode simple, iar rezultatele, la care au ajuns sunt confirmate prin ale noastre, executate cu aceleaşi metode. In plus noi dăm aci constatările, ce am obţinut asupra leziunilor retelei fibrilare în cazurile care urmează.

Observaţia I. — *Gh. Op.* de 74 ani, intrat la 7/IV 1905. S'a găsit vagabondând pe străzi şi este în neputinţă de a ne da vre-o explicaţie. Este dezorientat complect. Memoria complect perdută. Nu delirează. Mănâncă şi doarme bine. Sucombă la 5/12 1906.

Necropsia. Meningele îngroşate, circumvoluţiile micşorate şi scleroase. Viscerele în involuţie senilă.

Observaţia II. — *Gh. Ţg.* de 70 ani vagabond, intrat la 20/XI 1907.

Dezorientat complect. Toată ziua vorbeşte cuvinte neînţelese, numără continu. Cunoaşte fals pe ori cine întâlneşte şi-i dă un nume nou dar nu acelaşi. Din când în când plânge singur şi fără motiv.

Sucombă la 3/IV 1908, şi la necropsie se constată o involuţie a tutulor organelor şi arterio-scleroză generalizată.

Observaţia III. — *Man. Zch.* de 65 ani agricultor, intrat la 24/XI 1906.

Primele semne de alienaţie 'i-au apărut cu cinci ani înainte. De curând a intrat în o stare de agitaţie psichomotorie, delirează, ţipă, distruge efectele spitaliceşti. Nu ştie unde se găseşte. Nu cunoaşte pe nimeni. Turbulent zi şi noapte. Mănâncă cu lăcomie.

La 27 Decembrie 1906 sucombă şi la necropsie se constată atrofia circumvoluţiilor cerebrale, arterioscleroză, ependimită granuloasă şi involuţia tutulor viscerelor.

Observaţia IV. — *Ir. Cr.* de 72 ani, funcţionar pensionar. Internat la 2/III 1906 pentru acte dezordonate, Pacientul era foarte emotiv, plângea uşor, Confabula mult. Făcea versuri, pe care le compara cu ale poeţilor iluştri. Din când în când avea idei de grandoare, care alternau cu idei de persecuţie. Nu era dezorientat.

Calculul mintal greşit în plus. Afectivitatea conservată pentru unii copii. Simţul pudoarei conservat în parte, alte ori exhibiţionist. coprolal şi erotoman. Sucombă la 10/X 1906. *Necropsia* dă involuţia organelor.

Ganglioni solari la toate aceste cazuri par de volum normal însă sunt neregulat boselaţi şi de conzistenţă dură, scleroasă.

Ţesutul lor conjonctiv este iperplaziat vasele sunt cu *pereţi îngroşaţi*.

Celulele nervoase, majoritatea de volum subnormal, de formă mai des rotundă de cât colţurate, în stare de cromatoliză aproape totală până la acromatoză.

Nucleul este rare ori central, mai des periferic, şi fără să fie deformat. Nucleolul e palid şi central sau excentric.

Xantosomele sunt supra abundente în toate formele de celule.

Celulele plasmatice cu nucleul rotund, mic şi palid şi cu protoplasma granulată metacromatic, sunt rare.

Reticulul fibrilar este în bună parte conservat, dar format din fibrile foarte fine şi palide.

In multe celule medii şi mici, reţeaua e dispărută; fibrilele au suferit regresiunea granuloasă.

In prelungiri fibrilele par rărite ca număr şi'n acelaşi timp foarte palide şi ondulate.

Prelungirile tutulor celulelor par mult mai subţiate ca normal; se găsesc însă şi din cele voluminoase.

Plexurile pericelulare şi periglomerulare par mai avute în ramuri ca normal.

Se întâlnesc, deşi rar, fibre de neoformaţie în jurul celulelor pe cale de destrucţie.

Terminaţiile în bule piriforme (Cajal) măciuci şi inel sunt dese.

Pelagra

După paralizia generală cu evoluţia cronică, în ordinea gravităţei leziunilor, urmează pelagra, ale cărei manifestări nervoase sunt multiple şi complexe şi a preocupat pe mulţi cercetători de seamă din ţările, unde această boală este foarte răspândită.

Din cele mai multe lucrări publicate până în prezent, asupra anatomiei patologice a pelagrei, reiese că intoxicărei cronice pelagroase nu-i scapă neatinsă nici o parte din organism şi că leziunile sale predomină în special asupra sistemului nervos, ţesutului cutanat şi căilor digestive.

Din sistemul nervos nu scapă nimic neatins de toxina pelagroasă: meningele, creerul şi în special scoarţa lui, măduva spinărei, nervii periferici şi în fine sistemul mare simpatic sunt interesate în grade diferite.

Tonnini, Rossi, Righetti, Grimaldi în Italia, Babeş Marinescu în România, Déjerine, A. Marie, Régis în Franţa, prin metoda Nissl au arătat că în scoarţă există alteraţii celulare considerabile. Parhon în România a arătat de curând, prin metoda Cajal, alteraţii neurofibrilare grave predominând în marile celule ale scoarţei şi ale coarnelor anterioare.

Simpaticul dă în pelagră un contigent însemnat de simptome explicabile prin leziuni ganglionare.

Intoxicarea pelagroasă a plexului cardiac se traduce prin palpitaţii, sincope, ipertrofie şi mai ales atrofie finală a cordului.

Diverse reflexe dureroase şi nervoase cerebrocardiace, palpitaţiile, trismusul, pot să dispară prin electrizarea ganglionului cervical.

Ptialismul frecuent la pelagroşi este tot atât de fiziologic legat de turburări simpatice.

Sitiofobia în multe cazuri este urmarea îmbolnăvirei inervaţiei stomacului, care se manifestă mai dinainte prin lăcomie sau prin lipsă de apetit. Bolnavii refuză alimentele zicând că au un nod în epigastru şi nu pot să le înghită.

Mulţi din bolnavi au halucinaţii coenestezice, care probabil ţin la o turburare a inervaţiei viscerelor.

Constipaţia, diareea opiniatră, iperemia, ulceraţii intestinale, etc., sunt semne de leziuni treptat grave în organe şi în sistemul lor nervos simpatic.

La toate aceste constatări fiziopatologice ale simpaticului în pelagră nu corespund tot atâtea cercetări anatomopatologice.

Literatura medicală nu conţine de cât o lucrare recentă a lui Burgia, care a examinat ganglionii simpatici în *folia pelagroasă* şi a găsit următoarele leziuni, care se pot rezuma în: proliferaţia ţesutului conjonctiv îngroşarea vaselor, cromatoliza, atrofia şi dispariţia celulelor nervoase.

Plexul solar n'a fost încă până în prezent, obiectul studiului leziunilor în pelagră.

Am avut ocazia de a face necropsii de pelagroşi cu turburări mintale, ale căror observaţiuni şi constatări anatomopatologice urmează.

Observaţia I. *I. Gr. B.*, de 40 ani, agricultor. Diagnostic clinic: melancolie pelagroasă. In antecedentele ereditare se găsesc cazuri de pelagră, terminate prin sinucideri. Alte turburări nervoase nu se constată. Pacientul sufere de pelagră de 10 ani. Primele turburări mintale s'au manifestat cu o lună înainte de internare şi constau în depresiune melancolică şi tendinţă la sinucidere.

Internat în ospiciu la 27/VI, 1907, se prezenta foarte slăbit, emaciat, având eritemul şi pigmentaţia caracteristică pelagrei în regiunea sternală, dosul mâinelor şi picioarele până la 1/2 gambelor. Pupilele egale reacţionează însă lesne la lumină. Are fine tremurături în mâini. Reflexul rotulian scăzut. Sensibilitatea cutanată întârziată.

Din punctul de vedere mintal se prezintă: cu un aer umil; stă retras şi timid. Când e întrebat nu răspunde de cât când se inzistă mai mult, dar şi atunci cu o voce şoptită, abia auzită, sau se observă numai oare-care mişcări în buze. Nu exprimă nici o dorinţă. Toată ziua stă inert, indiferent de ceea-ce se petrece împrejurul lui. Alimentaţia o refuză. N'are delir, nici halucinaţii. Ideia de sinucidere, cu care venise şi pe care căutase s'o pue în execuţie în primele zile, a părăsit-o apoi.

I se fac injecţii cu arenal, apoi cu atoxil; totuşi pacientul slăbeşte treptat, apoi rămâne la pat, apare diareea, se emaciază, face escare şi sucombă la 15/VIII, 1907.

Necropsia. Meningele par puţin îngroşate şi sunt intens ipermiate. Pia nu este aderentă de scoarţă. Circumvoluţiile de tip normal sunt de culoare cenuşiu roşcată. Nimic anormal în restul cerebrului şi măduvei. Pulmoni cu începuturi de tuberculoză. Cordul mic şi palid. Ficatul mare, iperemiat, şi în stare de degenerescenţă grasă. Splina mare cu plăci de perisplenită şi cu pulpa moale difluentă. Rinichi mici sceroşi. Stomacul şi intestinele destinse de gaze; mucoasa lor palidă ischemică. Pereţii intestinului subţire sunt reduşi ca grosime. Mucoasa intestinului gros este iperemiată; în special în porţiunea sigmoidiană colonul are mucoasa ocupată cu ulceraţii mici de contur neregulat şi cu echimoze submucoasă.

Ganglionii solari sunt micşoraţi de volum, în special cel din dreapta şi de culoare albă gălbue. Invelişul fibros, trabeculii conjonctivi şi ţesutul interstiţial al ganglionilor este mult crescut. Vasele au pereţii îngroşaţi mult; endartera şi mai ales endovena are nuclei mari, voluminoşi şi ovoizi. Nu se observă elemente diapedetice împrejurul vaselor, nici în ţesutul conjonctiv şi nici împrejurul capsulelor. De asemenea în pereţii vaselor nu se constată celule plasmatice. In ţesutul interstiţial se întâlnesc, dar foarte rar, aproape ca în stare normală, celule plasmatice cu corpul granulat metacromatic.

Celulele nervoase. Câmpul microscopului pare mult mai sărac în elemente nervoase de cât la cazurile de paralizie generală şi deci mult diminuate ca număr ca normal. In ceea-ce priveşte mărimea lor ele sunt mult reduse de volum, fără a-şi schimba însă de cât puţin din forma normală, devenind unele mai colţuroase.

Aspectul celulelor în ceea-ce priveşte coloraţia lor e variat. Unele, deşi micşorate de volum dar totuşi din cele de tip mare, par ipercromatice cu cromosomele în formă de blocuri neregulate, distribuite în celulă fără nici o ordine. Altele, dar puţine la număr, au aspectul aproape normal. In fine cele mai multe dintre celulele medii şi mici reduse foarte mult de volum, unele colţuroase, altele alungite, lozangice, au substanţa cromofilă alterată începând de la pulverizarea, difuziunea lor în masa protoplasmică până la cromatoliza totală sau acromatoza cu vacuole mai mult sau mai puţin numeroase.

Granulaţiile xantoplasmice se găsesc în toate celulele; abundă însă în celulele ipo şi acromatice, unde se găsesc constituind conglomerate.

Celulele binucleate sunt destul de dese.

Starea *reţelei fibrilare* se prezintă diferit de la un tip de celule la altul.

In celulele cu corpul mare, cu prelungirile voluminoase, reţeaua fibrilară e formată din: fibrile primare care sunt neregulat îngroşate, ondulate şi străbat corpul celulei dintr'o parte în alta, şi din fibrele secundare, care sunt palide, abia vizibile în unele părţi, în altele regresate granulos; din această cauză reţeaua pare mai lărgită şi cu ochiurile mai rotunzite.

In prelungirile protoplasmice, voluminoase, se observă fibrile paralele, dar de traect foarte ondulat.

Tot în celulele mari de tip reticulat, şi în majoritatea lor, fibrilele sunt foarte fine şi extrem de palide; cele mai dese ori abia se poate observa o reţea împrejurul nucleului sau la periferia celulei, restul celulei fiind format sau din granulaţii fine şi palide, sau reţeau e complect dispărută.

In celulele de tip pseudo-fasciculat, de cele mai multe ori reţeaua perinucleară perzistă, deşi fibrilele sunt mult subţiate. Din această reţea pleacă radiind spre prelungiri rare fibrile primare groase şi de traect sinuos neregulat, pe lângă care, cu cât înaintăm spre punctul de emergenţă al prelungirilor, apar alte fibrile, care sunt însă subţiri, palide şi de traect ondulat, care împreună cu fibrili graşi formează un fascicul.

Intre prelungiri, pe periferia celulei, se observă o reţea cu fibrili palizi şi subţiri şi cu ochiurile largi. Reţeaua anastomotică dintre reţeaua perinuculeară şi cea corticală (sau periferică) lipseşte, fibrilele fiind regresate granulos.

Sunt însă celule pseudo-fasciculate, la care reţeaua lipseşte complect; fibrile nu se găsesc de cât în prelungiri, unde ele sunt reduse ca număr şi îngroşate.

Majoritatea celulelor medii şi mici, au corpul mult redus şi sunt: *a)* unele de formă rotundă, *b)* altele colţuroase cu pereţii scobiţi şi cu prelungirile subţiate mult.

a) Cele de formă rotundă sunt complect lipsite de reţea iar corpul celulei e omogen impregnat, de culoare brună roşietică, care devine din ce în ce mai palid cu cât ne apropiem de periferia celulei al cărei contur nu e net limitat. In aceste celule se constată împrejurul nucleului, ori-care ar fi situaţia, volumul, şi forma lui, un strat destul de evident compus din granulaţii fine negre, sau din fragmente de trabeculi, care-i pun conturul mai în evidenţă.

b) În cele colţuroase, reţeaua fibrilară de asemenea e dispărută, iar corpul celulei e ocupat cu vacuole de diferite mărimi. In prelungirile lor, care sunt foarte fine, abia se găseşte 1—2 fibrili şi aceştia îngroşaţi, moniliformi sau regresaţi granulos.

Prelungirile tutulor celulelor sunt sinuoase, ondulate, şi de-o abundenţă de ramuri, care întrece mult normala, dând impresia de plexuri periglomerulare şi pericelulare de neoformaţie.

Am constatat, dar foarte rar, împrejurul celulelor mici, cu corpul rotund şi cu reticulul fibrilar complect dispărut, un plex pericelular format din firişoare fine dar intens impregnate, negre închis, care vin de departe sau dintr'o prelungire vecină, grasă sau ondulată. Printre aceste fire fine am găsit câte una terminată într'o măciucă bine impregnată, altele terminate în inel fin.

Bule omogene piriforme (Cajal) precum şi măciuci de diferite mărimi şi forme, se întâlnesc des.

Tot atât de dese se găsesc terminaţii de fibre în formă de *ghem reticulofibrilar, care se pun în contact cu corpul celulei în care îşi face o adâncătură* (vezi fig. 3).

Aceşte gheme se deosibesc de cele descrise la paralitici generali prin accia că sunt mai mari, mai voluminoase, iar reticulul lor e format din fibrile şi trabeculi îngroşaţi şi care prind intens impregnaţia (fig. 34, 35).

Xantosomele sunt în mare cantitate în toate celulele fără însă a forma o zonă cu reţea specială.

Observaţia II. — *I. G.*, s. de 37 ani, agricultor. Diagnosticul: manie pelagroasă. Printre ascendenţi lui au mai fost cazuri de pelagră. Cu manifestări nervoase. Pacientul sufere de vre-o cinci ani de pelagră, care după vreo trei ani de evoluţie a început să dea la iveală semne de localizări nervoase. Printre primele manifestări mintale a fost apariţia unei agitaţii maniacale intense, care a durat vre-o 10 zile şi a încetat. Pacientul a început să se alcolizeze intenţionat ca să scape de sensaţia de slăbiciune şi de înec, ce-i venea de la stomac. Ori, de câte ori absorbea o cantitate mai mare de alcool se agita rău, devenea impulsiv şi delira. După această agitaţie post alcoolică urma o stare de depresiune, de tristeţă, în care pacientul sta retras şi refuza alimentele.

La 28/VI 1907, e internat în ospiciu, când se prezentă foarte slăbit, aproape emaciat; pupilele miotice însă leneşe la lumină; reflexele rotuliane exagerate; sensibilitatea scăzută. Pe stern, dosul mâinilor şi picioarele până deasupra maleolelor prezenta un eritem cu o stare de eczematizare şi descuamaţie furfuracee a pielei însoţită şi de pigmentaţie. Pe şanţul nazolabial şi pe tot vârful nasului se observă un depozit seboreic apreciabil.

Ca turburări mintale pacientul manifesta o agitaţie psichomotorie intensă: delira şi gesticula continu. Avea halucinaţii auditive şi vizuale, în special terifiante.

Incetul cu încetul agitaţia a diminuat. Pacientul a devenit apoi apatic, indiferent de ceace se petrece în jurul lui, refuza alimentele, vorbea pe şoptite când era întrebat sau nu răspundea de cât cu dificultate.

In August îi apare o diaree incoercibilă şi pacientul slăbeşte repede. Se fac injecţii cu cacodilat apoi cu atoxil, după care nu s'a produs nici o ameliorare.

La 10/X 1907, sucombă în marasm.

Necropsia. Cadavrul mult emaciat prezintă o mare escară sacrată. Pupilele inegale şi dilatate. Lichid cefalo-rachidian abundent. Pia îngroşată, dar neaderentă de scoarţă. Circumvoluţiile sunt de tip normal dar par puţin atrofiate la lobi frontali. Epiteliul ependimar e fără granulaţii. Substanţa cerebrală e intens iperemiată. Vasele cerebrale prezintă noduli de scleroză.

Pulmoni prezintă la vârfuri începuturi de tuberculoză. Cordul normal; aorta puţin ateromatoasă. Ficatul mare, grăsos şi iperemiat. Splina mare cu pulpa difluentă. Rinichi de volum normal dar foarte congestionaţi. Mucoasa intestinului subţire e foarte iperemiată şi prezintă mici echimoze sau sufuziuni emoragice în submucoasă. In ileon, la unghiul ileo-coecal se observă leziuni tuberculoase; pe colonul sigmoidian şi rect mucoasa e foarte iperemiată şi se detaşează în lambouri mari. Ganglioni mezenterici sunt ipertrofiaţi.

Ganglioni solari par de volum puţin mai diminuaţi ca normal dar sunt intens congestionaţi. Leziunile ganglionilor solari de la acest caz sunt mult mai

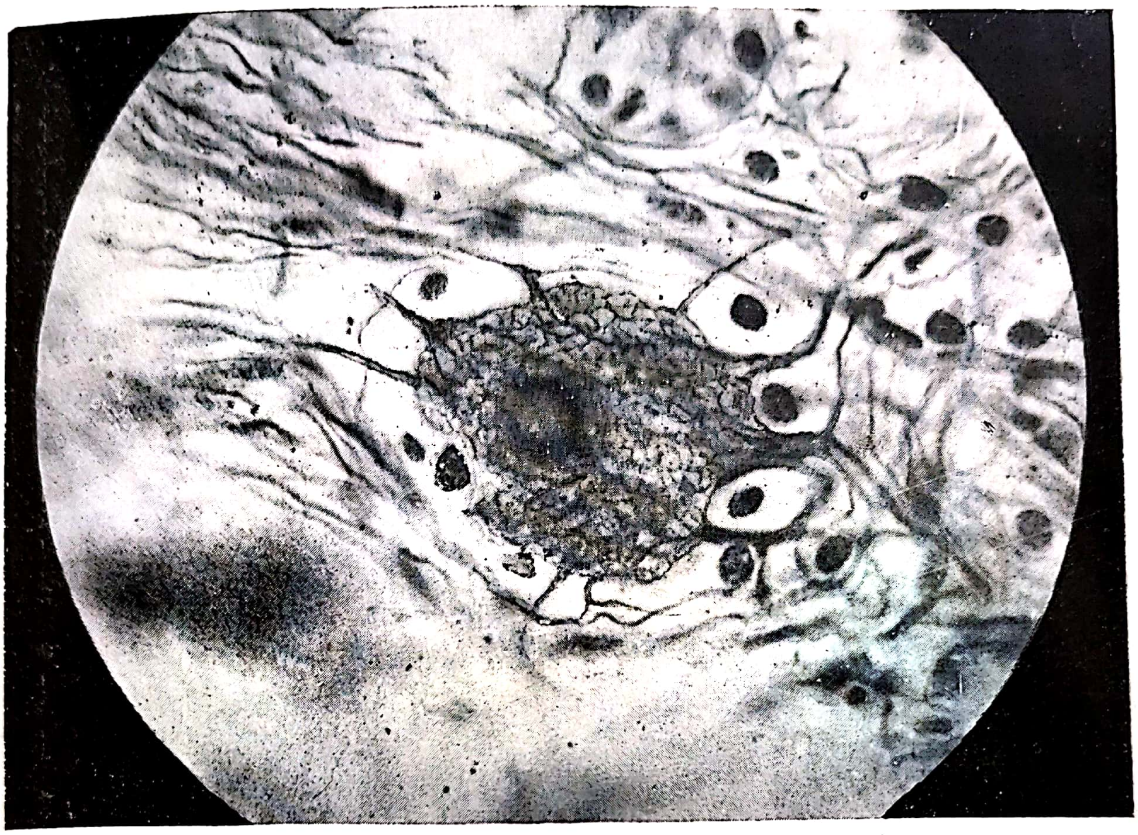


Fig. 16, (microfotografie, imersie ocul. proect. 4)
Celulă simpatică mare: rețeaua citoplasmică cu ochiurile largi

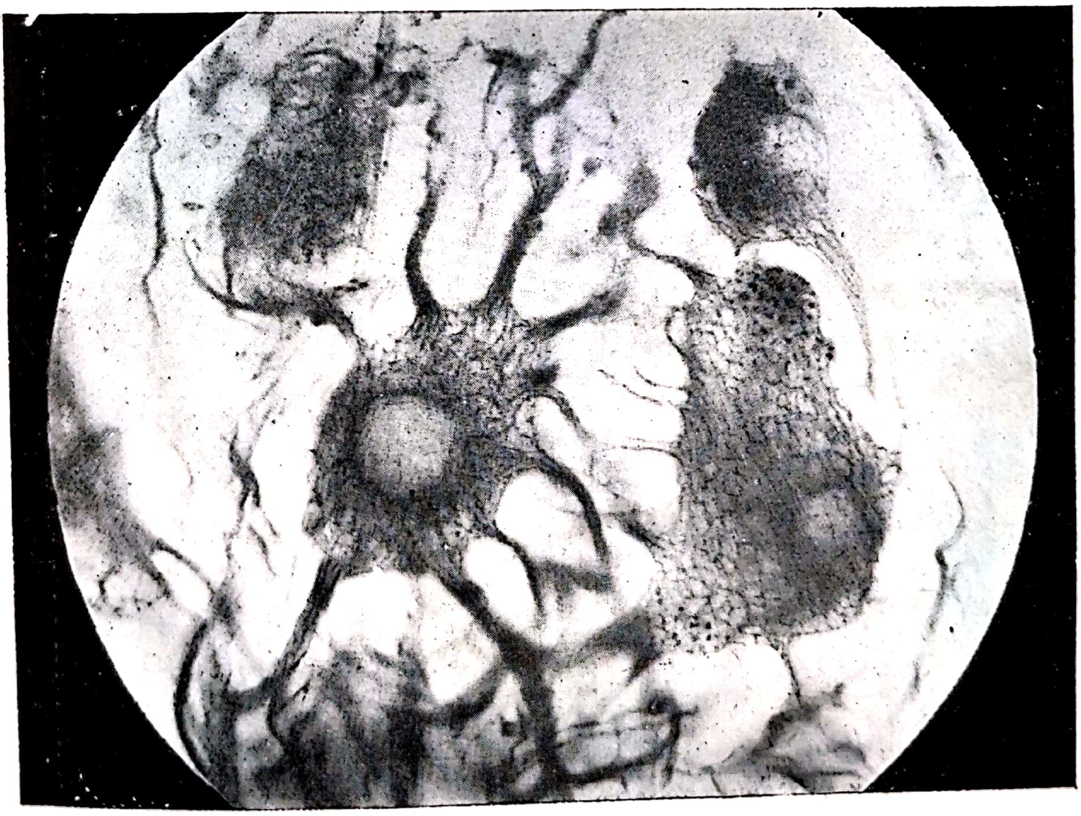


Fig. 17, (imersie ocular proect. 4)
Celulă simpatică mare: rețeaua citoplasmică cu ochiurile largi și cu trabeculi fini regresați

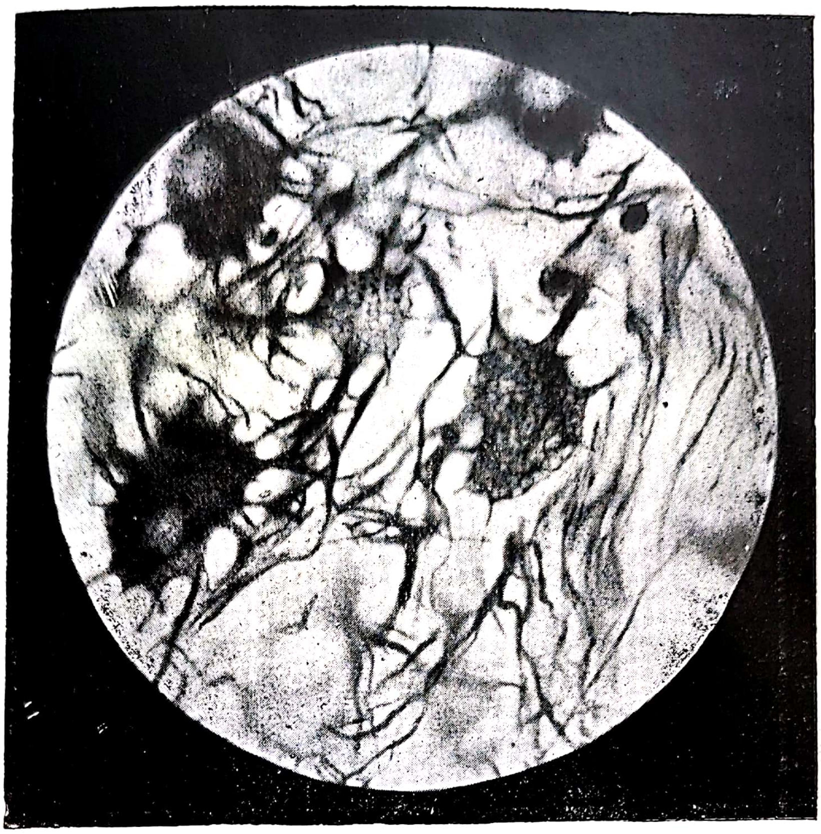


Fig. 18, (microfotografie, imers. ocul. 2)
Rețeaua fibrilară cu ochiurile lărgite și cu fibrili primari îngroșați

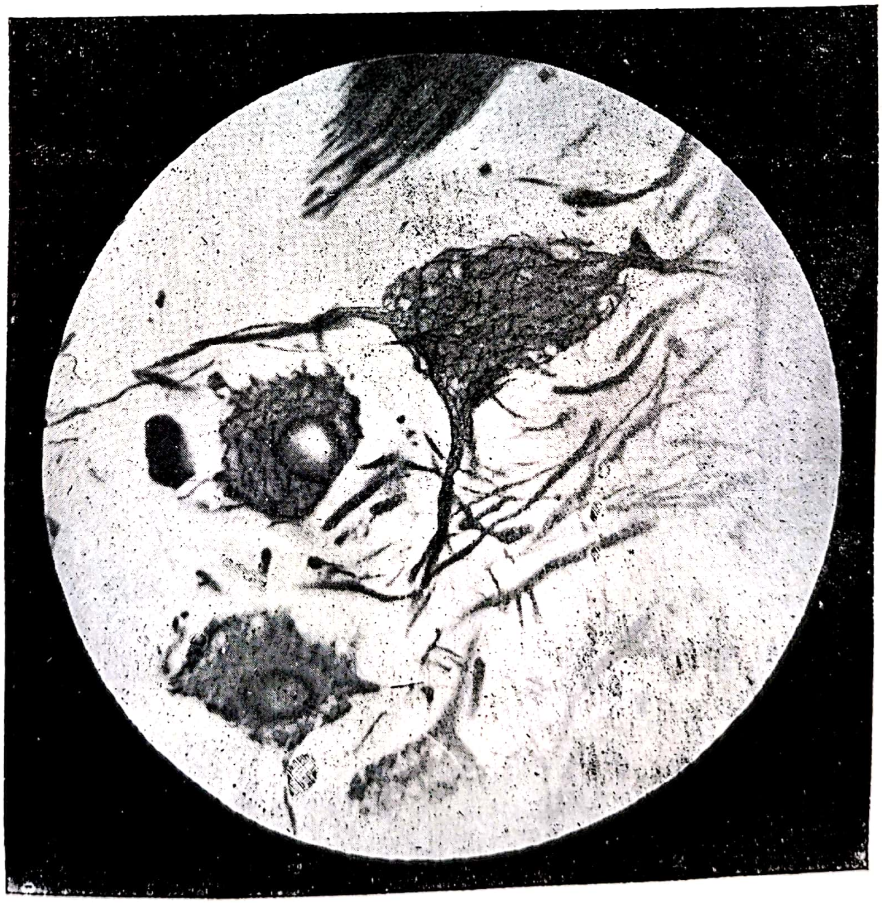


Fig. 19, (microfotografie, inersie ocular 4)
Rețeaua fibrilară rărefiată, cu ochiurile alungite, imitând tipul pseudo-fasciculat

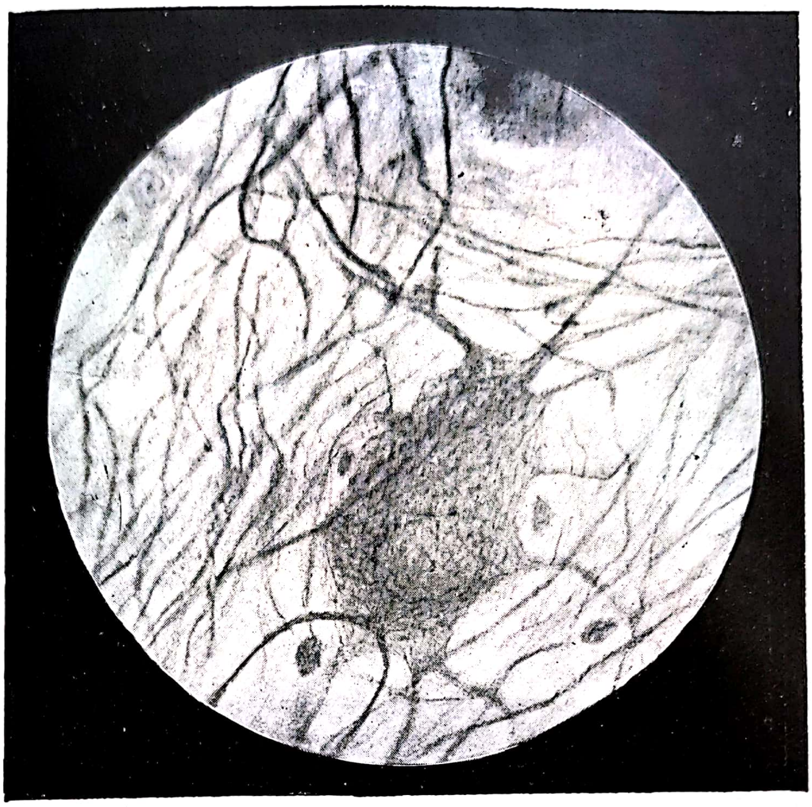


Fig. 20, (microfotografie)
Celulă simpatică mare tip reticulat care, din cauza dispariţiei trabeculelor ia un aspect pseudo-fasciculat

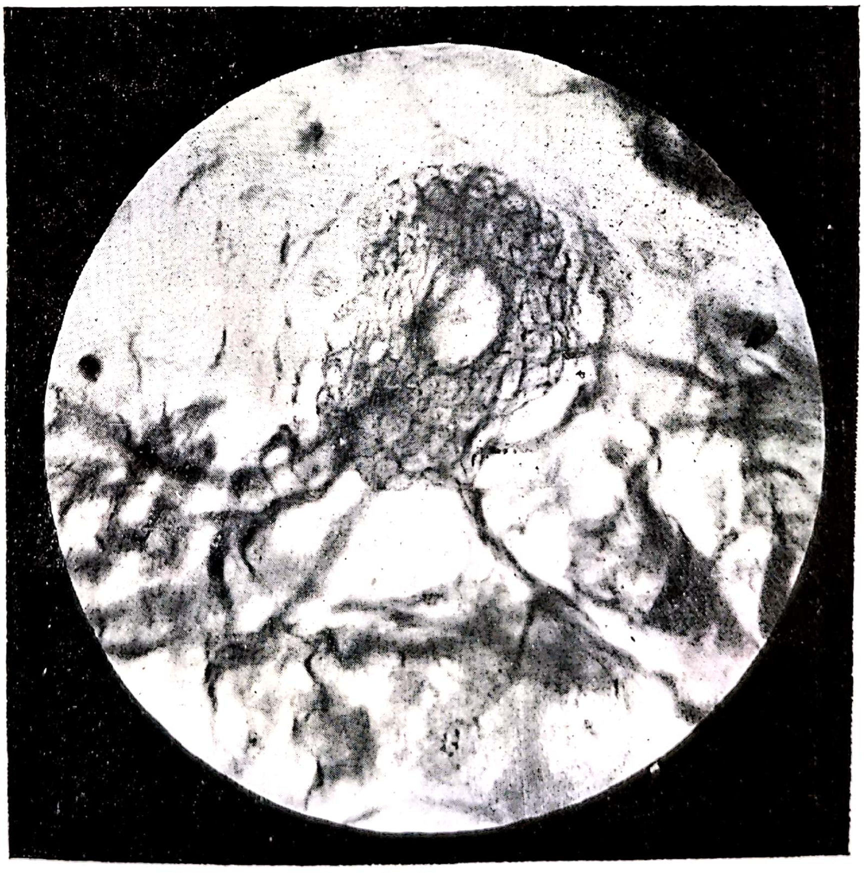


Fig. 21, (microfotografie)
Celula de tip pseudofasciculată, a luat aspect de recticulată

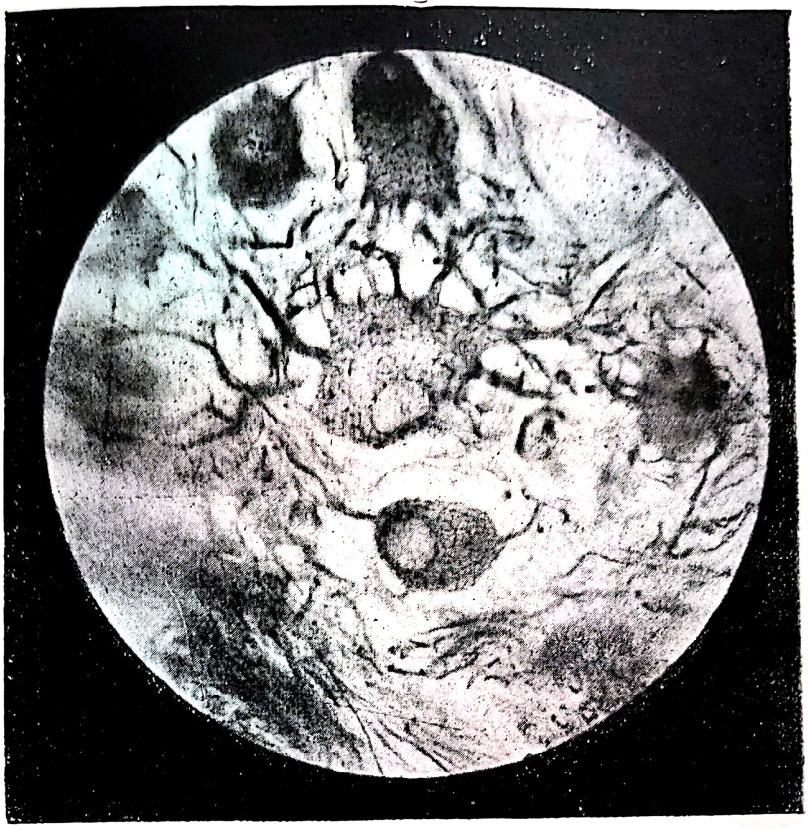


Fig. 22, (microfotografie)
Celulă simpatică cu reţeaua fibrilară fină-palidă şi cu un abundent plex pericelular şi coroană dendritică evidentă

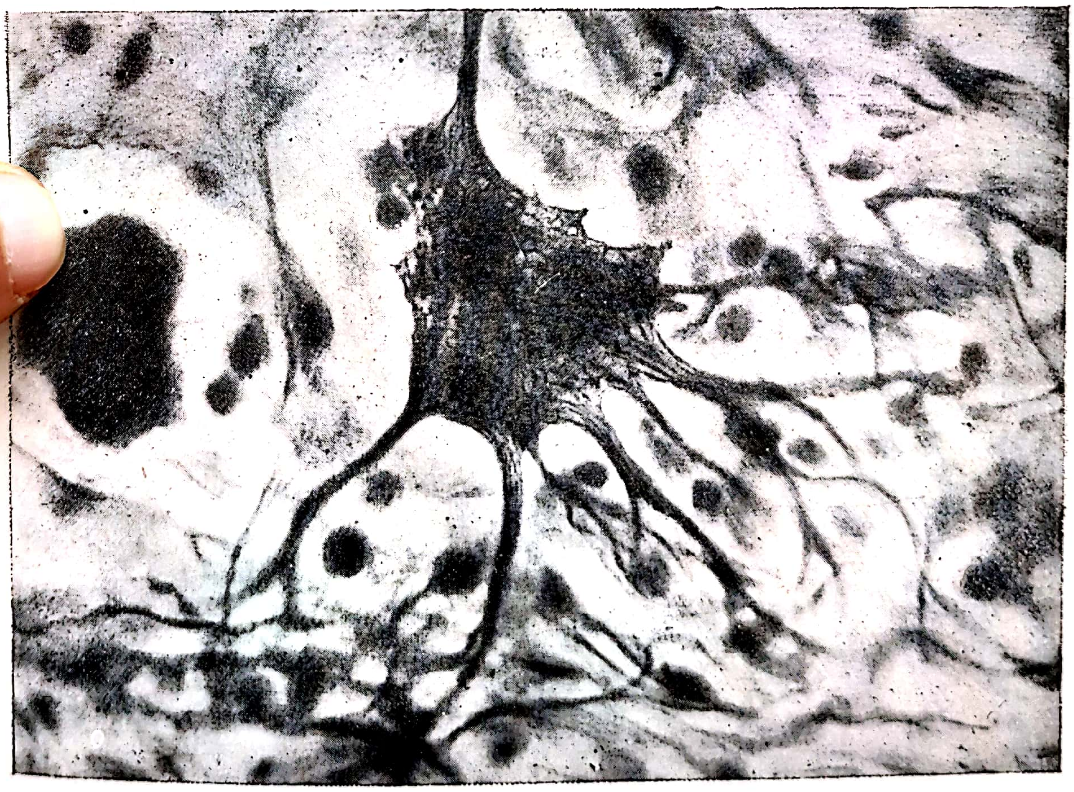


Fig. 23, (microfotografie)
Celulă mare cu fibrilele primare îngroşate şi independente; cele secundare, terţiare etc., dispărute. Conglomerate de xantosome

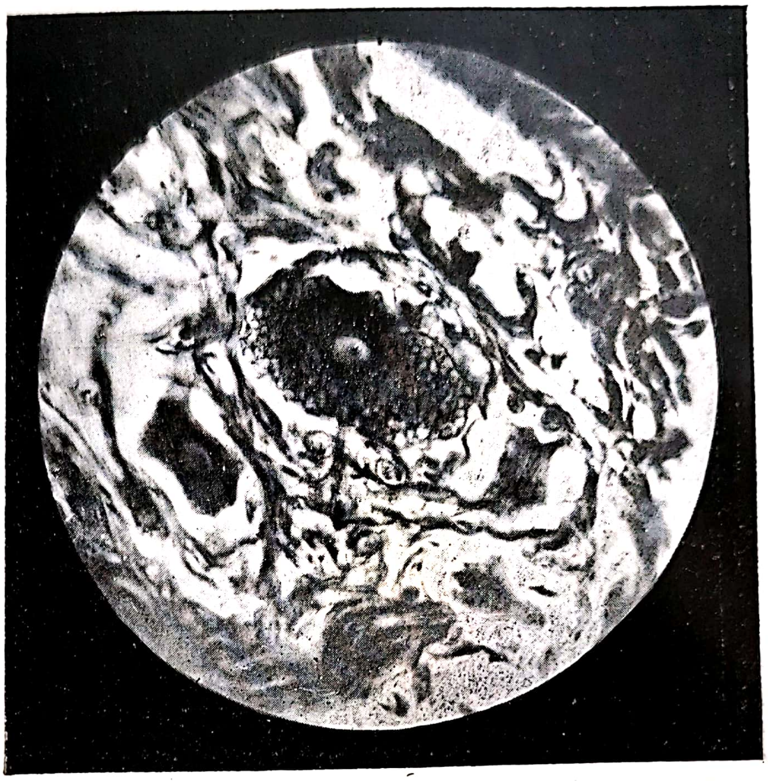


Fig. 24, (microfotografie)
Celulă simpatică cu o rețea fibrilară cu ochiuri largi și rotunde

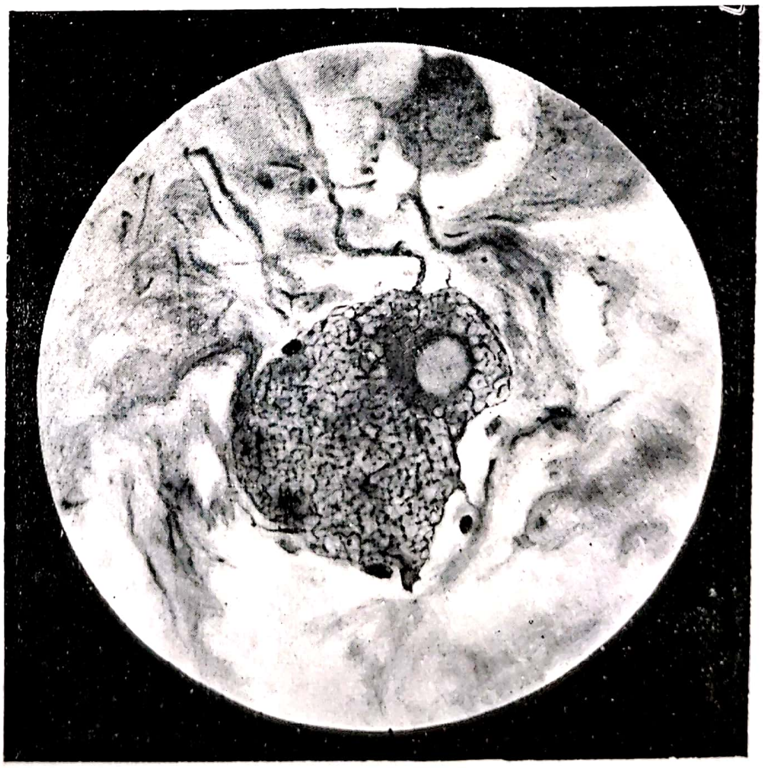


Fig. 25, (microfotografie)
Celulă simpatică mare; rețea fibrilară cu ochiurile dese și evidente

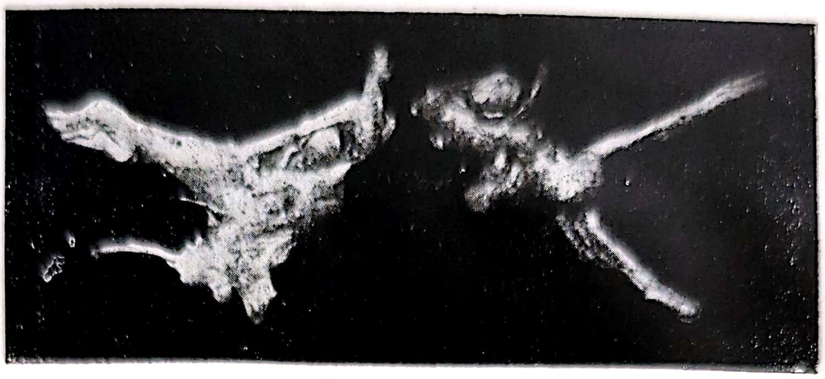


Fig. 26, (fotografie mărime naturală)
Plexul solar la copil normal (15 ani)

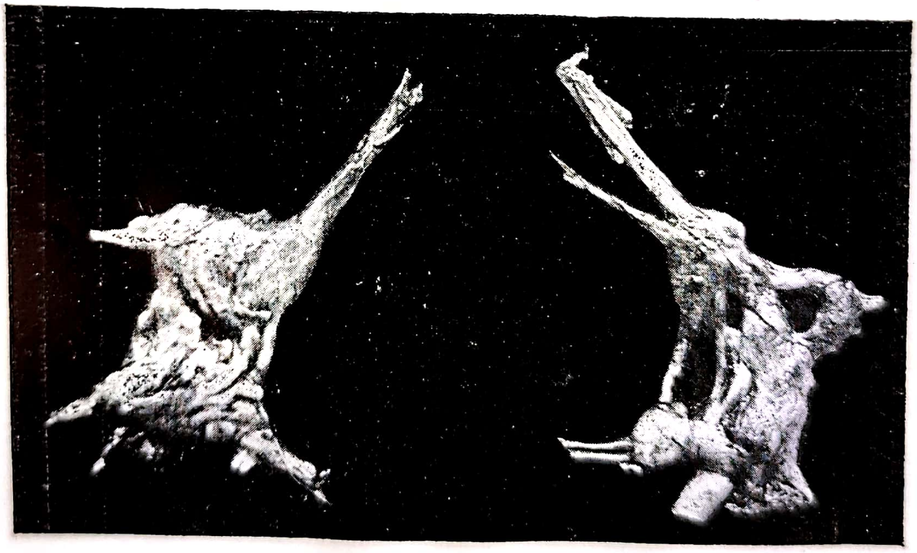


Fig. 27, (fotografie mărime naturală)
Plexul solar la adult (40 ani)

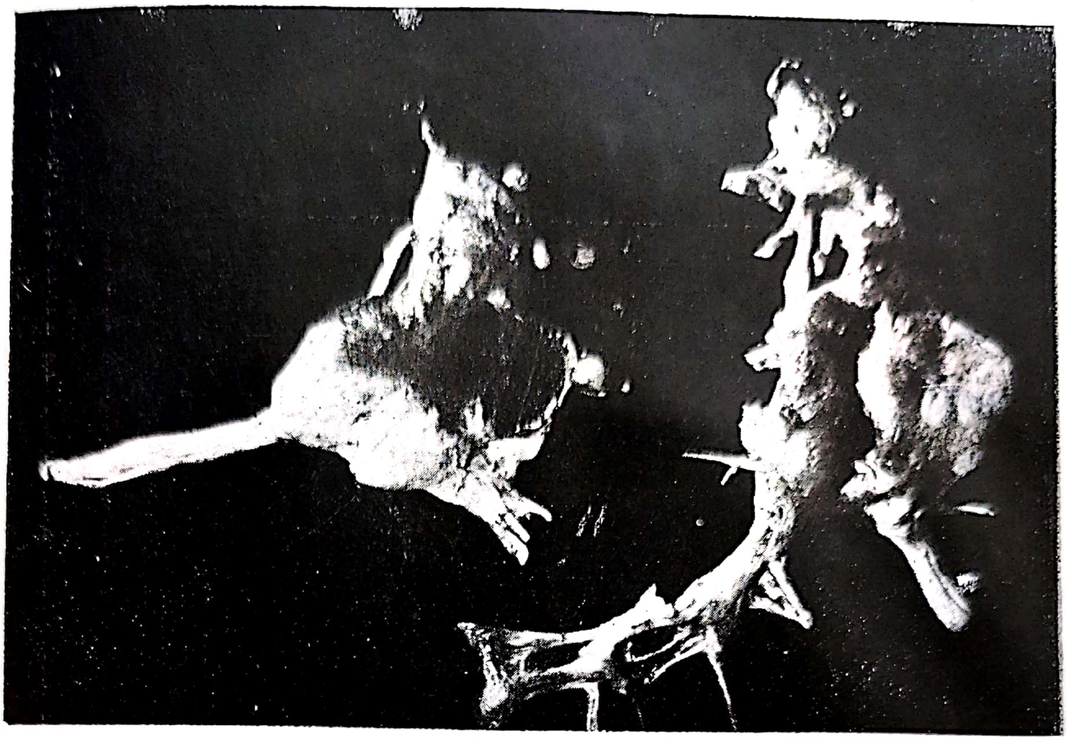


Fig. 28, (Fotografie mărime naturală)
Plexul solar la paralitic general cu evoluție cronică

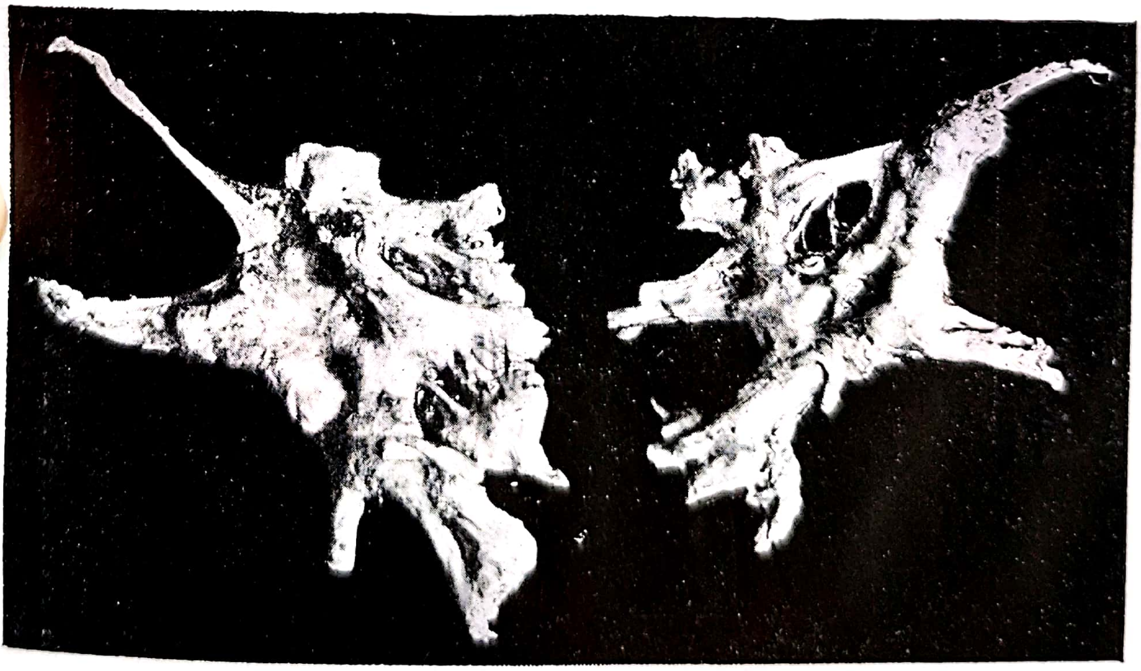


Fig. 29, (Fotografie mărime naturală)
Plexul solar la paralitic general cu evoluție cronică

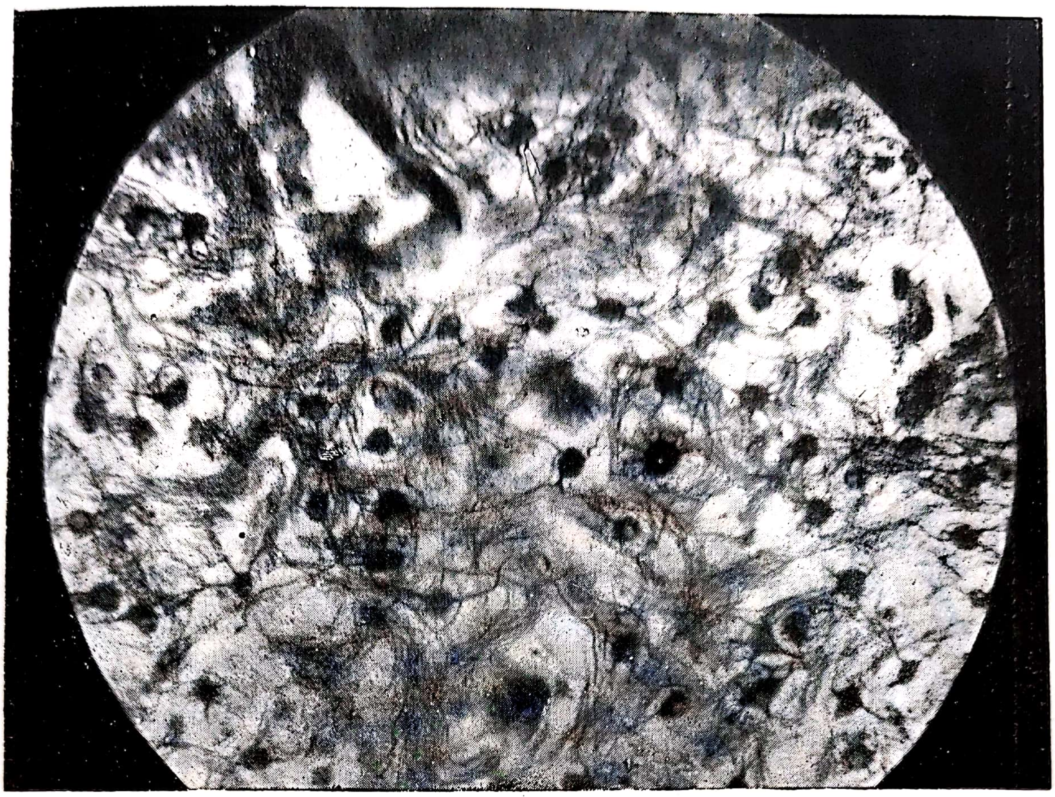


Fig. 30,
Secțiunea în ganglionul solar — vedere generală — (obj. 3. ocul. 4)

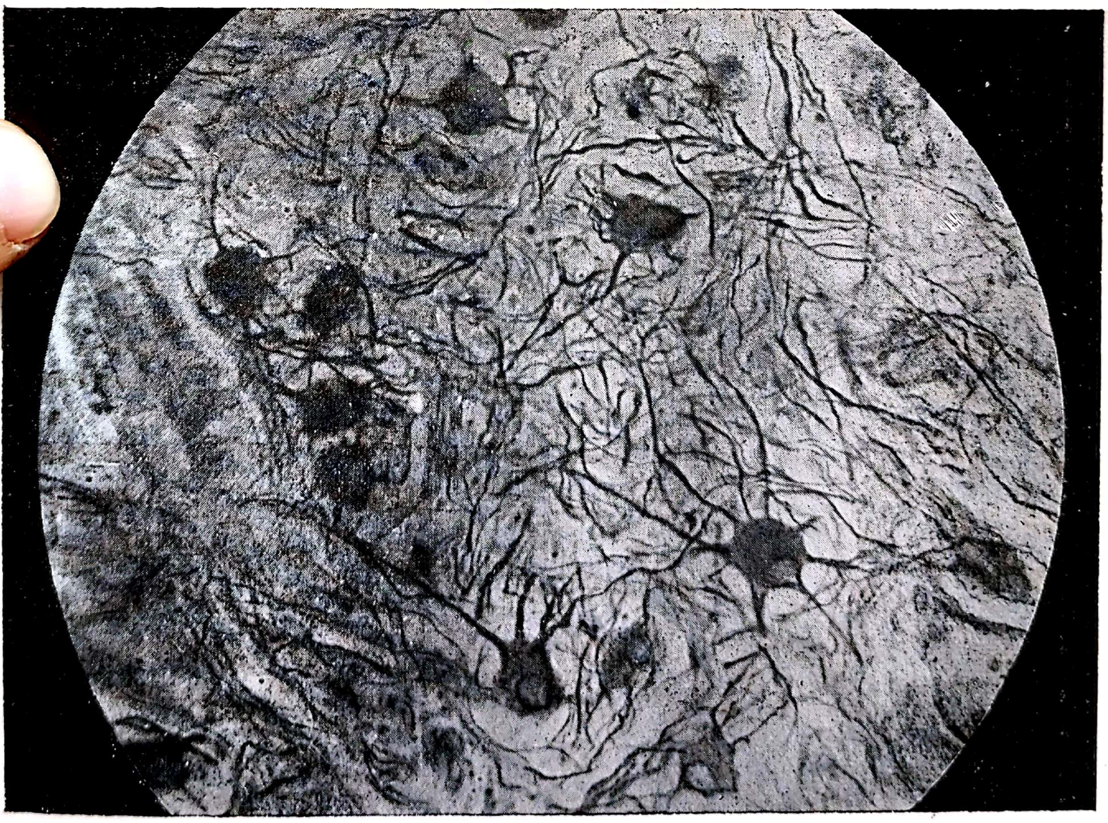


Fig. 31,
Secțiune în ganglionul solar — vedere generală — (obj. 7. ocul. 4)

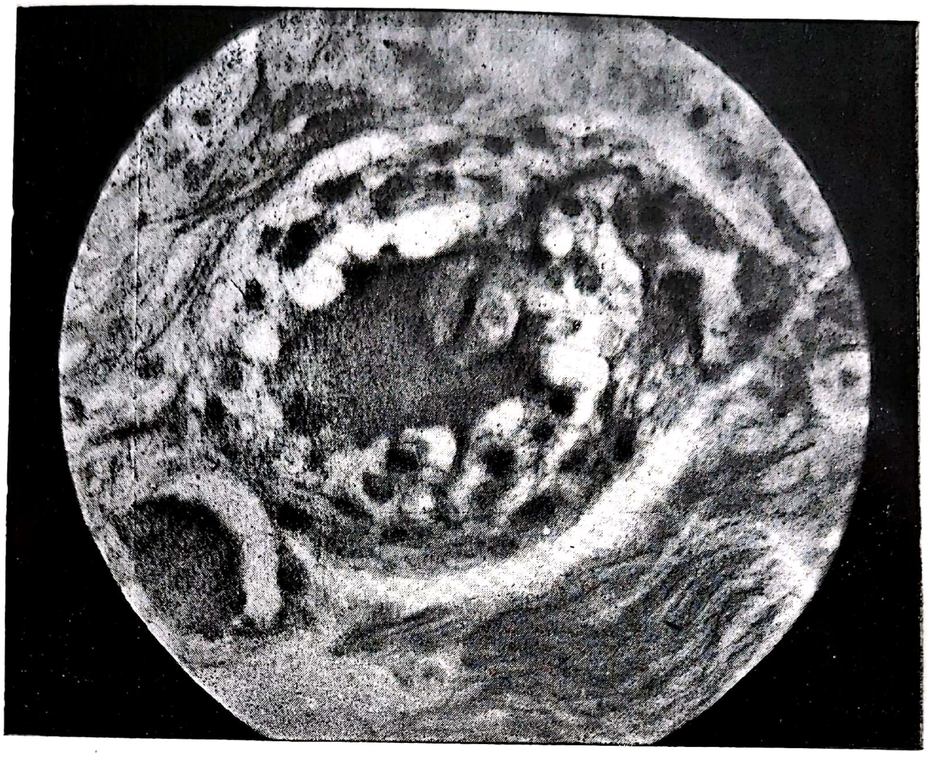


Fig. 32. (micrografie, imersie)
Celulă simpatică mare cu nuclei capsulei în proliferare (pelagra)

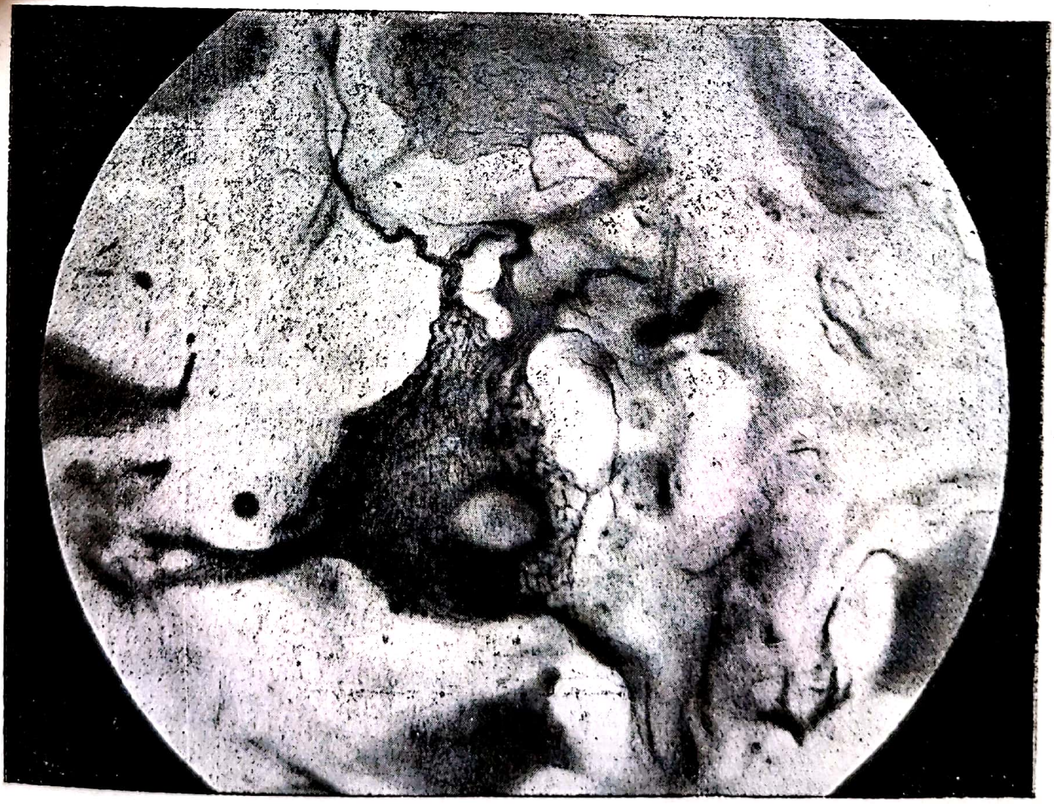


Fig. 33, (microfotografie, imersie)
Celulă simpatică cu resturi din rețeaua fibrilară (pelagră)

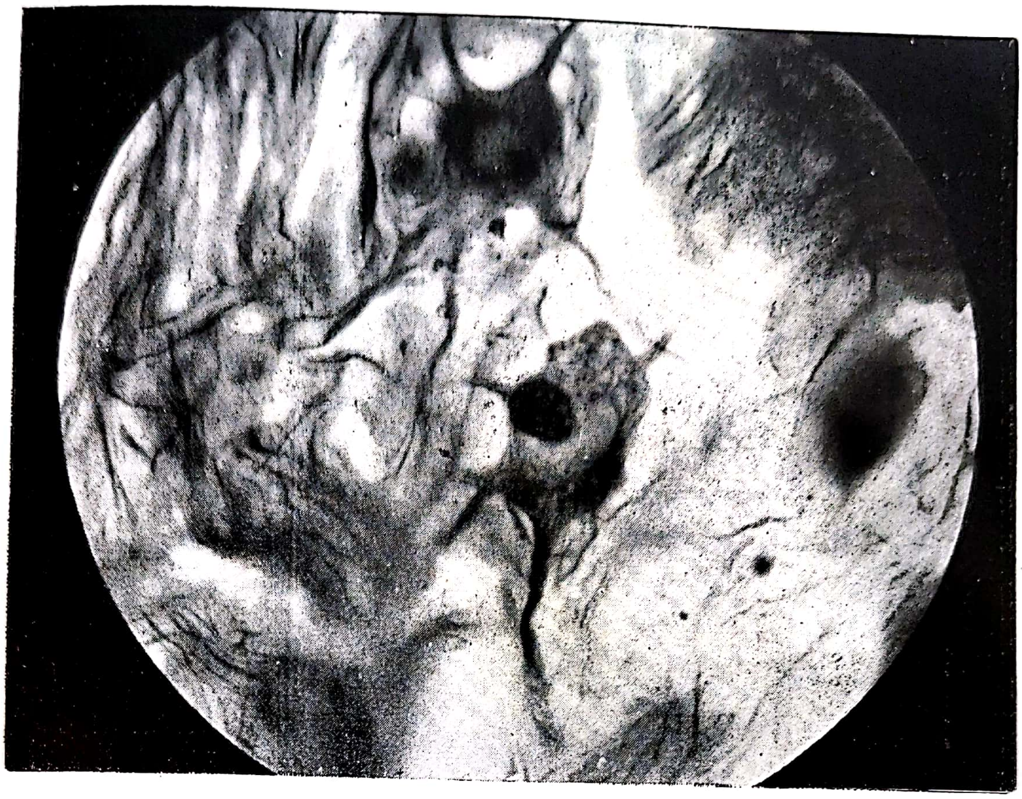


Fig. 34, (microfotografie, imersie)
Fibră aferentă terminată într'un glomerul reticulofibrilar — grosolan — care-şi sapă o scobitură în corpul altei celule (pelagră)

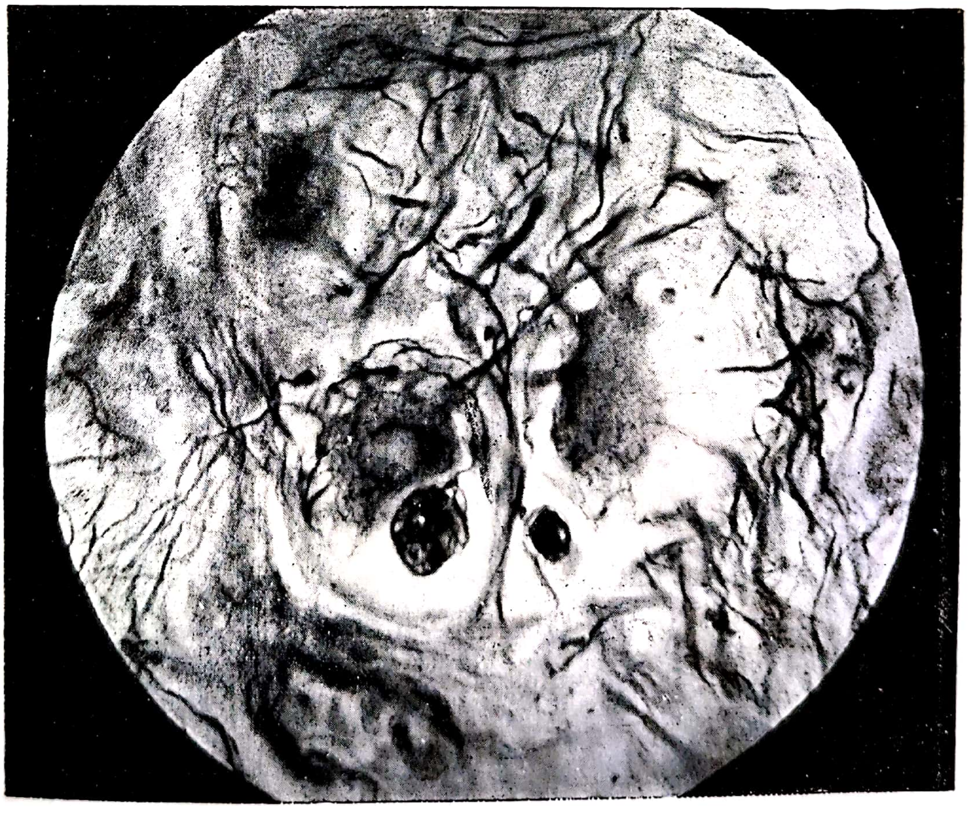


Fig. 35, (microfotografie, imersie)
Glomerul reticulo-fibrilar voluminos care şi-a săpat o scobitură în corpul altei celule (pelagră)

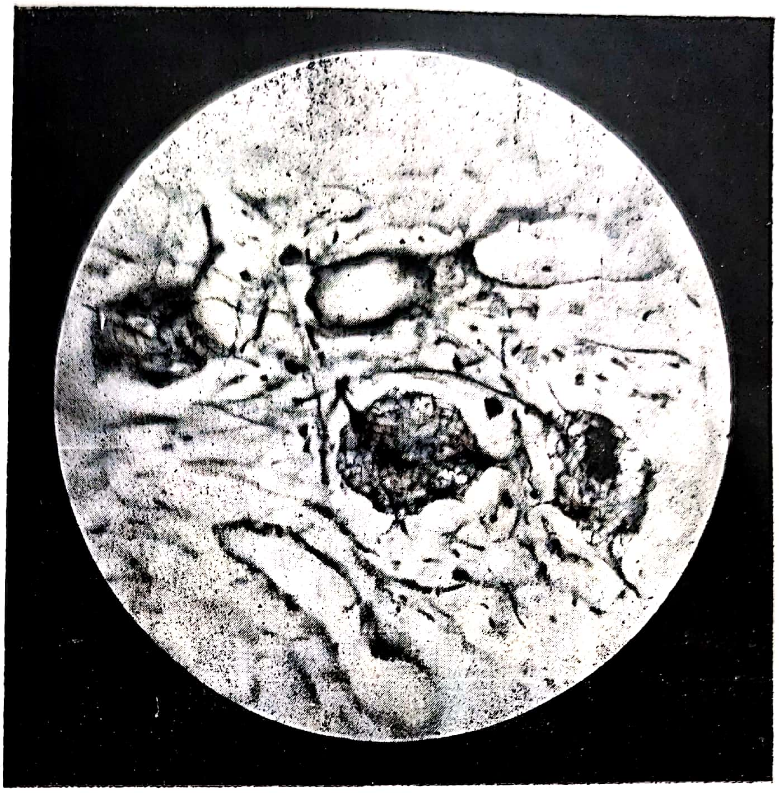


Fig. 36, (microfotografie)
Rețeaua fibrilară alterată tip pseudo-vacuolară (tuberculoză)

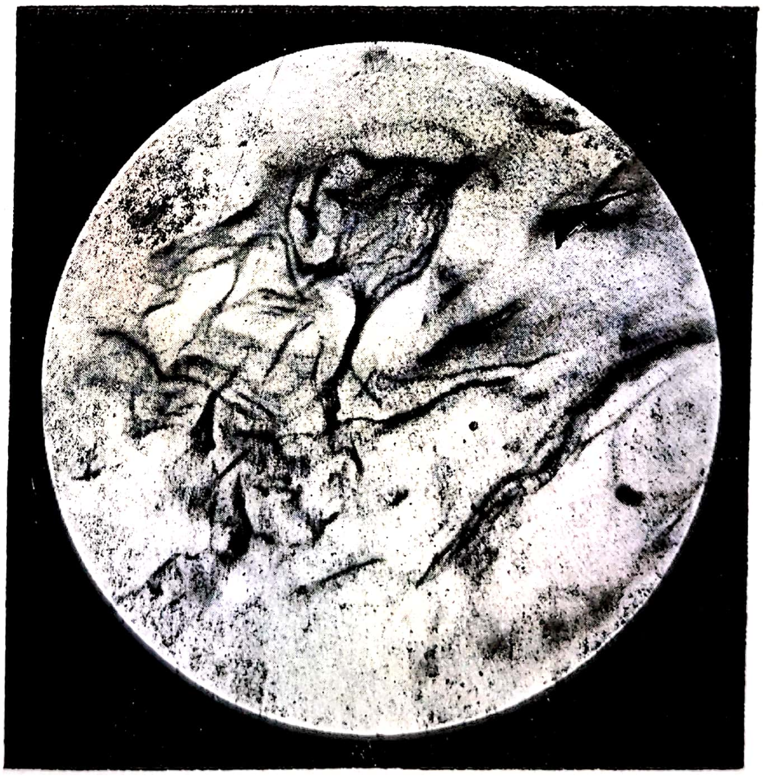


Fig. 37, (microfotografie)
Rețeaua fibrilară aproape dispărută, perzistă fibrilele primare (tuberculoză)

înaintate ca la cazul precedent. Invălişul fibros, trabeculi şi ţesutul interstiţial sunt foarte dezvoltate, capsulele sunt proliferate iar nucleii lor sunt dispuşi pe mai multe rânduri împrejurul celulei dând figuri de neurofagie. (Fig. 32).

Vasele sunt cu pereţi îngroşaţi, cu endoteliul în proliferaţie, şi cu adventiţia infiltrată.

Celulele nervoase sunt în majoritate reduse de volum, colţuroase, ca zdrenţuite, cu adâncituri numeroase la periferie, în stare de cromatoliză mai mult sau mai puţin complectă şi cu dese vacuole în protoplasmă. Prelungirile lor apar colorate puţin, par ca nişte filamente sau ţepi la periferia celulei.

Puţine la număr sunt dintre celulele mari, care să aibă corpul globulos şi cu o cromatoliză centrală mai mult sau mai puţin complectă, lăsând la periferia celulei un fin inel colorat.

Nucleul la majoritatea celulelor este situat excentric, ba chiar face ernie, diformat şi incolor.

Sunt dese celulele cu doi nuclei.

Nucleolul e mic, dar intens colorat şi excentric.

Xantosome se găsesc în mare cantitate în toate celulele fără deosebire.

Neurofagie se observă foarte frecuentă şi cu figuri foarte complexe.

Reţeaua fibrilară e profund alterată; mult mai lezată ca în cazul precedent.

In unele celule mari, se observă rari fibrili primari îngroşaţi foarte şinuoşi, care pleacă dimprejurul nucleului spre prelungiri; trabeculi dintre ei sunt în mare parte dispăruţi. Rar se întâlneşte câte un rest de reţea la intrarea în prelungiri, având însă ochiurile lărgite (vezi fig. 33).

In alte celule mari nu se distinge nici o urmă de fibrilaţie; corpul lor e mat, omogen, sau conţine diseminate fragmente de trabeculi ori granulaţii.

Restul celulelor, medii şi mici, n'au reţea; în corpul lor se găsesc granulaţii fine, vacuole mai numeroase la periferie şi xantosome abundente, diseminare sau în formă de blocuri.

Prelungirile tutulor celulelor sunt sinuoase, lărgite în unele puncte, strânse în altele, cea ce le dă aspectul de varicoase la cele mari, moniliforme la cele fine (vezi fig. 33).

In majoritatea lor conţin fibrile ondulate, reduse cu număr, însă îngroşaţi neregulat fragmentaţi or regresaţi granulos.

Plexurile pericelulare frapează prin avuţia ramurilor. Am întâlnit într'o secţiune, în mai multe locuri, arborizaţii nodulare reziduale, formate din ramuri groase şi fine, negre, venite de la o celulă vecină, şi grămădite într'un punct, care reprezintă locul unei celule dispărute.

Am întâlnit frecuent terminaţii aferente în formă de ghem-neurofibrilar, lângă celule, în care-şi face o adâncătură. Fibrilele ghemului şi trabeculi lor sunt însă grosolane şi intens impregnate, (vezi fig. 34—35).

Se întâlnesc des terminaţii în formă de bule omogene, măciuci sau inel fin.

Observaţia III. *P. T. Coch.* de 48 ani, agricultor. Internat la 24 Dec. 1908. Diagnosticul: manie pelagroasă. In familia lui n'au fost cazuri de pelagră şi nici de alienaţie. Tatăl pacientului a abuzat mult de alcoolice. Pacientul în copilărie a suferit timp îndelungat de febră palustră. Căsătorit, are 3 copii sănătoşi. De vre-o trei an sufere de pelagră manifestată prin: eritem pelagros al mâinilor, picioarelor și sternului, diaree seroasă, inapetență, sialoree, și arsură în epigastru.

Primele semne de alienație au apărut cu 6 luni înainte de internare și constau în: abandonarea intereselor, fugi automatice, violent din când în când, etc., pentru care a fost internat într'un spital rural, de unde a fost trimis la Ospiciul Mărcuța în următoarea stare:

Fizic: pacientul e într'o stare înaintată de cachexie foarte înaintată, și de o paloare extremă. Pe tegumente se constată resturi din eritemul pelagros; mersul aproape imposibil; incontinent, tremurături în membre; reflexele diminuate, vorbirea abia înțeleasă.

Psichic, pacientul se găsește într'o stare de stupoare profundă: stă la pat, nu vorbește, nu exprimă nici o dorință; întrebat cu inzistență abia răspunde ceva șoptit și neînțeles. N'are halucinații. Refuză din când în când hrana.

După 9 zile de la sosire sucombă în *marasm*.

Necropsia. Cadavrul emaciat, dar fără decubite. Meningele par puțin îngroșate, intens iperemiate însă neaderente. Vasele bazilare și corticale puțin sclerozate. Circumvoluțiile par reduse de volum. Scoarța pare mai închisă ca culoare. Ventriculi laterali dilatați și cu lichid cefalo-rachidian abundent. Pulmoni sunt congestionați. Cordul mic atrofic și palid. Aorta ateromatoasă. Stomacul dilatat cu pereții, în special mucoasa, atrofiată, și cu echimoze în submucoasa peretelui posterior. Intestinul cu pereți tot subțiați, congestionați intens având și rare sufuziuni în submucoasă. Plăcile Peyer ipertrofiate fără a fi ramolite. Ficatul mic, grăsos. Splina mică cu capsula sbârcită. Rinichi mici scleroși.

Ganglioni solari sunt foarte reduși de volum, mai ales în grosimea lor, în cât par turtiți, membranoși, dar totuși rezistenți. Leziunile microscopice sunt mult mai înaintate ca la cazul precedent. Invelișul lor fibos, și țesutul interstițial e îngroșat, iperplaziat. Vasele au pereți îngroșați, scleroși.

Celulele nervoase sunt mult reduse ca număr și ca volum; forma lor e colțuroasă, iar corpul lor cromatolizat e ocupat în mare parte de vacuole.

Rețeaua fibrilară în majoritatea elementelor e lipsită complect de fibrile; în prelungirile lor rare-ori se constată fibrile îngroșate și rarefiate. In foarte puține celule mari se găsesc o rețea pseudo-fasciculată grosolană formată din fibrile primare îngroșate neregulat și ai cărei trabeculi sunt regresați granulos.

Xantosomele, cu toate că celulele sunt profund lezate, nu sunt abundente. Plexurile pericelulare abundă în ramificații fine.

Observația IV. *P. I. Mic.*, de 40 ani, muncitoare. Diagnosticul: maniacă pelagroasă. In antecedentele ei ereditare are cazuri de alienație mintală. Pacienta n'a făcut abuzuri de alcoolice și n'a avut sifilis. Primele semne de alienație, au apărut cu vre-o șase luni înainte de internare, și au fost precedate cu un an înainte de apariția manifestărilor pelagroase. Internată la 21/X, 1908, când se prezinta: emaciată, palidă, cu tremurături în membre, incontinentă, mersul nesigur, reflexele exagerate, vorbirea nealterată.

Din punctul de vedere psichic, pacienta o stare de agitație intensă: plânge, râde, fără motiv; strică, lovește, vorbește incoerent.

După două luni dezorganizarea fizică și mintală e foarte înaintată: pacienta rămâne la pat, intră treptat în marasm și sucombă la 28/I, 1909.

Necropsia. Cadavrul emaciat fără decubite. Nimic anormal la meninge și encefal. Pulmoni congestionați. Cordul fără plăci lăptoase. Aortă fără plăci de aterom. Ficatul mărit mult de volum, congestionat intens, și de aspect grăsos. Rinichii sunt măriți de volum, congestionați intens. Splina mare. Stomacul și intestinele dilatate și cu mucoasa iperemiată.

Ganglioni solari sunt foarte reduși de volum, membranoși, și de culoare cenușie închisă.

Leziunile microscopice sunt puțin mai înaintate ca la cazul precedent.

Rezumând, în pelagră, leziunile ganglionilor solari sunt mai grave de cât în paralizia generală.

Țesutul conjonctiv și vasele sunt mai profund alterate. Celulele nervoase sunt diminuate ca număr, mai mult sau mai puțin atrofiate, cu cromatoliză înaintată până la acromatoză, cu vacuolizarea protoplasmei și supra-încărcarea cu xantosome.

Rețeaua fibrilară în mare parte regresată granulos sau complect dispărută.

Dacă raportăm aceste leziuni ale ganglionilor solari la simptomele, ce se manifestă în cursul maladiei, constatăm că multe din aceste simptome au nota solară, realizând mai mult sau mai puțin complect, sindromele solare de excitație și de paralizie.

Cunoscând însemnatul rol al plexului solar în funcțiile tubului digestiv, nu putem atribui de cât perturbațiilor lui, diferitele simptome gastro-intestinale aproape constante în cursul pelagrei ca: dureri și crampe de stomac, pirozisul, sensația de arsură în epigastru, sensația de nod, care pleacă de la epigastru spre gât întocmai ca bula istericilor, disfagia, pofta de mâncare une-ori exagerată până la adevărată bulimie continuă, alte ori refuzul de alimente până la *sitiofobia* cea mai tenace, când e nevoie să se recurgă la sondă, dilatația gazoasă a stomacului cu regurgitări. Constipație spasmodică constantă în prima perioadă apoi diareea incoercibilă, hidrofobia și hidromania, care determină pe unii la sinucidere prin înec, precum și iperemia cu leziuni ale viscerelor, în special iperemia până la emoragii submucoasă, cu îngroșarea mucoasei gastro-intestinale în unele cazuri, cu atrofia pereților intestinelor, sufuziuni, echimoze și ulcerații ale mucoasei lor în altele.

Toate aceste simptome și leziuni viscerale țin, unele la stări de excitație a plexului solar, altele la paralizia lui, ambele însă datorite toxinei pelagrogene. De asemenea multe halucinații coenestezice, care se întâlnesc la pelagroși țin fără îndoială de starea anormală a inervației viscerelor.

III. *Leziunile subacute*

Leziunile subacute ale ganglionilor solari au fost studiate întâmplător, pe cazuri izolate, de diferiţi autori, dintre care Laignel-Lavastine a adus cea mai însemnată contribuţie.

Inainte de a intra în discuţia faptelor, dăm aci observaţiile diferitelor cazuri, cari formează obiectul cercetărilor.

* * *

1. Afară de un singur caz de *demenţă precoce* cu necropsie studiat de Laignel-Lavastine în literatura medicală nu se citează nici un alt caz, în care să se descrie leziunile ganglionilor solari.

Intâmplarea a făcut să avem ocazia de a studia ganglioni solari la trei cazuri de demenţă precoce, din care primele două sunt descrise la leziunile acute, fiind-că ambii pacienţi au sucombat în urma unei infecţii supraacute (streptococie); cel de al III-lea e cel care urmează:

Observaţia I. — *Ang. Gh.* de 22 ani, agricultor. In antecedentele ereditare nu găsim cazuri de alienaţie mintală. Părinţii pacientului au făcut abuzuri de alcoolice. Pacientul nostru născut la termen, n'a suferit în copilărie de cât de scarlatină apoi mai mulţi ani dearândul de *paludism*. A învăţat trei clase primare bine. Apoi s'a ocupat cu păstoritul. Primele semne de turburări mintale le-a manifestat pe la vârsta de 16 ani, de când şi-a schimbat caracterul. Trimes cu vitele la câmp le perdea dese ori, sau le lăsa să devasteze holdele altora. A dat foc pădurei pe unde păştea vitele. Dese ori prins în public cu obiecte ce aparţineau altora, şi al căror furt îl motiva copilăreşte, etc.

Pe la vârsta de 20 ani s'a produs din nou o schimbare în starea pacientului: a devenit mai liniştit, apatic indiferent, şi nu mânca de cât, când i se oferea; se deda la onanism în faţa părinţilor săi fără jenă.

N'a fost luat în serviciul militar din cauza stărei sale mintale dezorganizate.

Internat la 14/XII, 1904, când se prezenta: într'o atitudine umilă de indiferenţă, cu mâinele reci, cianozate puţin, pulsul 60, pupilele reacţionează bine, reflexele exagerate, sensibilitatea întârziată. A fost adus în ospiciu fără nici o împotrivire din partea lui. Părea dezorientat complect. Nu vorbea, nu exprima nici o dorinţă. Sentimentele afective dispărute; asemenea al curăţeniei şi pudoarei. Se supune la examen; execută fără nici o opoziţie, dar lent, mişcările comandate. Nu are delir, nici halucinaţii.

Treptat facultăţile intelectuale au decăzut şi demenţa a luat loc. In această stare de dezorganizare intelectuală s'a menţinut, având starea generală bună, până în Martie 1907, când i-a apărut o diaree intermitentă şi uşoară la început, apoi continuă intensă şi din când în când sanguinolentă.

După vre-o patru luni de la apariţia diareei se observă o schimbare în starea pacientului: se oprea în câte un loc în mijlocul salonului şi păstra continu aceiaşi poziţie până ce venea un alt bolnav sau servitor să-l ducă la locul lui, fapt la care se opunea la început. Această stare nu era permanentă; erau zile când devenea nesupus, încăpăţînat.

Cu o lună înainte de a sucomba s'a observat la el uşurinţa de a conserva continu poziţiile cele mai dificile, ce i le imprima. De multe ori lua el singur poziţia sau gestul ce observa la alţi; într'o seară a văzut servitorul că-şi făcea semnul crucei când se culca, l-a repetat şi el de mai multe zeci de ori până ce l-a oprit alt bolnav.

In cele din urmă, din cauza diareei, a slăbit foarte mult; a făcut escare şi a sucombat la 23/VIII, 1907.

Necropsia. Dura mater puţin îngroşată, e iperemiată dar neaderentă de scoarţă. Circumvoluţiile de tip normal. Scoarţa pare redusă de grosime şi iperemiată. Pulmonii la vârfuri cu tuberculi ramoliţi.

Cordul de volum normal dar palid. Ficatul mare grăsos. Splina mare de aspect amiloid. Intestinul subţire prezintă leziuni recente de tuberculoză. Tot intestinul gros, de la caec până la anus are mucoasa înlocuită cu ulceraţii mici tuberculoase printre care se găsesc deşi tuberculi de diferite aspecte, în cât toată mucoasa părea ocupată de o neoplazie tuberculoasă. Ganglionii mezenterici erau măriţi de volum şi cazeoşi.

Ganglionii solari sunt de volum diferit; cel din dreapta mic, atrofic; cel din stânga mărit puţin.

Leziunile lor microscopice constau în:

Dezvoltarea în mod apreciabil a ţesutului conjonctiv; însă printre nuclei lui alungiţi se observă dese elemente rotunde. Vasele au pereţi îngroşaţi şi adventiţia infiltrată.

In lumenul vaselor se găsesc haematii, leucocite mici şi în special mononucleare mari cu nucleul şi protoplasma granulată, care se găsesc şi la oare-care distanţă împrejurul vaselor.

Celulele nervoase în general sunt de mărime normală; forma lor e colţuroasă. Rare sunt celulele globuloase.

Celulele colţuroase au substanţa cromatică transformată în pulbere fină; cele globuloase, mari, au cromatoliză centrală, lăsând numai un fin inel periferic în partea opusă a nucleului excentric. In fine sunt celule mici cari au cromosomele dispărute complect sau protoplasma e ocupată de vacuole.

Nucleul în general e situat excentric şi deformat. Dese ori se întâlnesc şi doi nuclei.

Xantosome sunt abundente dar mai ales în celule mici.

Reţeaua fibrilară *a)* în majoritatea celulelor mari reticulate au fibrilele palide şi foarte fine; iar trabeculii abia vizibili; în prelungiri fibrilele par mai evidente şi

b) In restul de celule mari reticulate şi celulele medii reţeaua are fibrilele îngroşate, şi ochiurile lărgite în cât fac impresia de vacuole de diferite mărimi (vezi fig. 36).

c) In celulele tip pseudo-fasciculat, numărul fibrilelor e foarte redus; abia se vede ici colea câte o fibrilă primară foarte sinuoasă, care străbate corpul celulei dintr-o parte în alta, sau de lângă nucleu spre o prelungire.

Cele mai dese ori corpul celulei e lipsit de fibrile, reţeaua fragmentându-se sau trabeculi suferind regresiunea granuloasă. In acest caz se observă cum fibrilele vin din prelungiri şi după ce intră în corpul celulei abia se ramifică dând un început de reţea şi apoi dispar brusc sau rămâne ici colea câte o fibrilă mult îngroşată, sinuoasă, neregulată, care înaintează către nucleu subţiindu-se şi apoi dispărând. (vezi fig. 37).

In celulele mici reticulate a dispărut ori-ce urmă de fibrilaţie; în prelungiri abia se vede 1—2 fibrile îngroşate sau regresate granulos.

Prelungirile tutulor celulelor par subţiate însă abundenţa ramurilor pericelulare întrece mult normala. Terminaţii în bule, măciuci şi inel sunt dese.

Intrebarea care se naşte în faţa acestui caz e să determinăm cărei cauze aparţin aceste leziuni: cauzei primitive ori-care ar fi ea şi căreia să se datorească starea mintală a pacientului ori tuberculozei intestinale, care a durat vre-o 4 luni şi s'a terminat cu moartea pacientului.

In câmpul microscopului e greu să determinăm partea de leziuni care ţin de cauza primitivă, a demenţei precoce, mai ales că pacientul putea să trăiască încă mult timp până la demenţa terminală cea mai profundă, dacă în cursul evoluţiei maladiei n'ar fi survenit o altă cauză, care se întâlneşte des la acest soi de bolnavi, *tuberculoza,* care a grăbit sfârşitul maladiei.

Acestei din urmă boli, şi localizărei ei pe intestine se datoreşte în bună parte leziunile grave găsite în ganglioni.

Un alt fenomen demn de reţinut e faptul că după câte-va luni de la ivirea diareei tuberculoase apar fenomenele *catatonice;* pacientul cu toate că era foarte slăbit, totuşi putea să păstreze timp îndelungat poziţia, ce lua singur sau i se imprima de altcineva.

Ne întrebăm dacă ar putea să existe vre-o legătură deoparte între *enterita tuberculoasă* şi *catatonia,* de alta între *catatonie* şi leziunile simpaticului solar.

Cât priveşte legătura între tuberculoză şi demenţă precoce, autorii au ajuns să precizeze tuberculoza ca o cauză ocazională destul de frecuentă între factorii apariţiei demenţei precoce.

* * *

2. După acest caz studiem un altul tot atât de important prin leziunile simpaticului solar, care ţin de aceiaşi cauză: *tuberculoza.*

Observaţia II. *Gh. Alex.* de 32 ani, muzicant. Diagnosticul: manie degenerativă şi impulsiuni. Antecedentele ereditare şi personale sunt multe. A învăţat bine la liceu două clase, apoi s'a ocupat cu muzica în care ajunsese să fie apreciat. Către vârsta de 18 ani a început să se masturbeze frecuent; apoi au apărut manifestări impulsive pentru care a şi fost internat în ospiciu la 22/IV, 1904. La intrare se prezinta cu: starea generală bună, numeroase semne de degenerescenţă la faţă şi craniu, pupilele egale dar leneşe, reflexele rotuliane exagerate şi cu tremurături manifeste în mâini.

Ca turburări psichice prezenta: o stare de irascibilitate mare, cu congestia și paloarea feței.

Pacientul e de o impulsivitate mare pentru un motiv cât de mic. Are de multe ori și impulsivitate psichică, delirantă: se ceartă cu persoane imaginare, care i-ar putea face când-va rău de aceia el îi insultă mai dinainte. Aceiași impulsivitate o manifestă și în executarea bucăților de muzică, pe care le știe pe de rost.

Sentimentele afective în parte păstrate; al curățeniei și al pudoarei perdute.

Nu e dezorientat. Știe că se găsește în ospiciu și nu este supărat de asta, dar se cere des acasă. Din când în când are halucinații auditive.

La 6/VII 1907, a sucombat prin tuberculoză pulmonară.

Necropsia. Tuberculoză pulmonară, tuberculi ramoliți la vârful stâng. Caverne mari în pulmonul drept. Pleurezie dublă. Cordul normal. Ficatul mare, gras. Splina mare și de aspect amiloid. Rinichi mari, palizi, tot de aspect amiloid. Ganglioni mezenterici sunt măriți și cazeoși.

Ganglioni solari sunt puțin măriți de volum și par congestionați. Țesutul lor interstițial este iperplaziat dar printre nuclei săi are diseminați numeroase elemente rotunde. Vasele au pereți îngroșați și infiltrați. Nuclei capsulelor endoteliale sunt dezorientați și dispuși pe mai multe rânduri. Starea de infiltrație a ganglionului semilunar drept este mai însemnată spre extremitatea, în care pătrunde splachnicul.

Celulele nervoase în general sunt de volum normal sau subnormal, însă toate fără deosebire sunt în stare de cromatoliză totală, în special predomină starea de pulverizare fină a cromosomelor.

La polul splachnic al semilunarului drept, celulele nervoase sunt în cromatoliză de aspect noros, cu nucleul abia vizibil din cauză că e sau colorat sau mascat de culoarea celulei, și situat excentric. Aceste celule sunt înconjurate cu nuclei rotunzi în număr mare.

Rețeaua fibrilară este păstrată în unele celule mari reticulate, dar *fibrilele sunt fine, palide și foarte ondulate.*

In toate cele-lalte celule fibrilele au suferit dezintegrarea granuloasă până și în prelungiri.

In celulele de la polul splachnic drept, alterațiile sunt și mai profunde: corpul celulei are un aspect omogen, colorat în roș brun, în care abia se disting granule palide și fine.

Prelungirile tutulor celulelor par mai subțiri, ca normal însă mai numeroase.

Ceea-ce e de remarcat e faptul că, pe când în cea mai mare parte a ganglionului celulele au un plex relativ abundent de ramuri, în porțiunea splachnică a semilunarului drept, celulele prezintă împrejurul lor un plex foarte abundent de fibre fine, de traect foarte ondulat, sinuos, în cât fac impresia unui grup de spirocheți întretăiați în toate sensurile. Printre aceste arborizații spiralate și ramuri terminate în inel. Terminații în formă de bule piriforme, omogene, sunt rare; în formă de măciuci sunt dese.

Terminații în ghem reticulo-fibrilar sunt mai dese ca cele precedente.

Publicăm acest caz nu din punctul de vedere al leziunilor, ce s'ar putea găsi în ganglioni solari în cazurile de *manie degenerativă,* ci pentru că în acest caz, ca și în cel precedent, la cauza turburărei sale mintale s'a supra-adăogat alta mai gravă, care a adus exitul laetal. Această nouă cauză nu e alta de cât tuberculoza, care e atât de comună printre alienaţi şi cu care căutăm să stabilim o legătură de cauzalitate cu leziunile constatate mai sus în ganglioni.

Timp de un an pacientul a purtat leziunile bacilare, care au produs destrucţii cavernoase în ambii pulmoni în special în cel drept şi au adus exitul laetal.

Am putea oare raporta leziunile citate mai sus numai intoxicărei timp de mai bine de un an cu toxina tuberculoasă?

Dar leziunile celulare mai grave însoţite de infiltraţia mai profundă observate în ganglionul solar drept în teritorul splachnicului, le putem oare raporta la leziunile tuberculoase mai înaintate în pulmonul drept de cât în cel stâng?

Cu alte cuvinte vrem să stabilim dacă în tuberculoza pulmonară cu destrucţii întinse ganglionii solari se resimt mai mult de partea leziunilor mai grave şi care e explicarea.

In tuberculoza pulmonară, afară de influenţa, pe care o are în mod uniform asupra organismului prin toxina tuberculoasă circulantă, mai este şi influenţa inflamatoare de vecinătate. Or, organul care este vecin cu pulmonul drept şi în acelaş timp intim unit cu ganglionul solar drept, este marele splanchnic drept.

Acestei din urmă influenţe, reacţiei de vecinătate a splachnicilor, pare a fi datorit faptul că celulele nervoase din polul splachnic al solarului drept sunt mai grav lezate de cât celulele din restul ganglionului.

Aceleiaşi cauze, în mod direct sau indirect, i se datoreşte prezenţa plexurilor dimprejurul celulelor grav atinse din polul splachnic al solarului drept.

Dacă apropiem aceste plexuri de plexurile de neoformaţie descrise de Nageotte, Cajal, etc., le-am putea socoti ca producţii locale prin proliferarea prelungirilor neuronului însuşi sau ale unui neuron vecin.

Nu putem uita că cel dintâiu care s'a resimţit e splachnicul ale cărui fibre se termină sau lasă numai colaterale în jurul celulelor solare, şi că deci aceste plexuri de neoformaţie să fie socotite ca un semn de leziuni, de reacţie al fibrelor lui, la care s'ar putea adăoga şi producţia locală a neuronilor înşişi.

Ori-cum ar fi lucrurile, ceea-ce e de reţinut la acest caz e că leziunile celulelor simpatice solare în general pot fi raportate intoxicărei tuberculoase generale, iar leziunile destructive din polul splachnic al solarului drept pot fi raportate deodată la cauza de mai sus, la gravitatea leziunilor tuberculoase din pulmonul drept precum și la reacția de vecinătate a splachnicilor drepți.

Dacă punem acest caz față cu cel precedent, cu tuberculoză pulmonară și intestinală, constatăm că leziunile din ganglioni solari sunt aproape identice, ceea-ce probează că toxina tuberculoasă se bucură de această putere de a vulnera celula simpatică cum irită toate organele celelalte și în special celula nervoasă cerebrală și spinală, fapt care a fost constatat deja de mult de diferiți autori, și care explică starea mintală (euforia) a ftizicilor muribunzi.

In special cităm lucrarea lui Laignel-Lavastine, precedată de bibliografia complectă a acestei chestiuni, în care conchide că plexul solar la tuberculoși are reacțiile sale determinate prin: infecțiune acută, cachexie cronică, localizarea tuberculozei, care-l atinge direct sau îl invecinează. Totuși ne deosibim de autor, întru cât privește starea rețelei fibrilare a celulelor solare, pe care el o găsește aproape normală, iar noi am găsit alterațiile grave descrise mai sus, deosebire care ține de gravitatea leziunilor tuberculoase, la cazurile examinate.

3. *Epilepsia și tuberculoza pulmonară*

In aceiași ordine de idei, cu cele două cazuri precedente, dăm aci rezultatele, la care am ajuns asupra leziunilor simpaticului solar, la epileptici, a căror mortalitate în ospiciu e datorită tot *tuberculozei.*

Observația I. — *Cr. Nd.* de 25 ani. Eredoalcoolic și alcoolic. Intră la 1/XI 1906. Boala a apărut la vârsta de 20 ani, în urma abuzurilor de alcool. Are atacuri epileptice rare dar complecte. Aura e psichică emoțională. Sucombă la I/III 1907 prin granulie.

Necropsie. Tuberculi diseminați în toate organele. Encefalul prezintă circomvoluțiile mai dure și mai micșorate.

Ganglioni solari sunt de formă și volum normal.

Observația II. — *El. Ț.* de 14 ani, intrată la 2/XII 1904. Bolnavă din copilărie, se prezintă în o stare de reducție însemnată a facultăților sale intelectuale. Are atacuri epileptice dese și complecte, precedate de aura senzorială. Sucombă la 23/IV 1907 și se constată o creștere difuză în conzistența circumvoluțiilor cerebrale și leziuni de tuberculoză pulmonară.

Ganglioni solari sunt mici, opalescenți; în mijlocul meselor ganglionare se constată prezența de ganglioni limfatici tuberculoși.

Observația III. — *L. Dt.* de 15 ani. Eredoalcoolică. Intrată la 18/II 1902. Bolnavă de când era de un an. Facultățile intelectuale foarte reduse. Atacurile le are rare.

Sucombă la 17/VII 1907 prin bronchopneumonia post rugeolică şi se găseşte şi tuberculoză pulmonară întinsă.

Ganglioni solari sunt mici şi congestionaţi.

Observaţia IV. — *Ic. Rd.* de 20 ani, eredoalcoolic. Intrat la 20/IV 1906.

Are atacuri rare, dar complecte cu convulsii generalizate.

Este mult redus ca facultăţi intelectuale şi foarte violent.

Sucombă la 25/5 1907 prin pneumonie cazeoasă şi creerul prezintă o scleroză difuză a scoarţei.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum şi scleroşi.

Observaţia V. — *Rz. Rsv.* de 42 ani. Ereditate nervoasă.

Bolnavă de vre-o 20 ani. Internată la 16/I 1901 pentru violenţe şi impulsii.

Atacurile sunt rare dar complecte şi precedate de o agitaţie intensă cu delir de persecuţie şi impulsivitate.

Sucombă la 17/IV 1907 când se constată tuberculi ramoliţi la ambele vârfuri şi iperemie în toate organele.

Ganglioni solari sunt măriţi de volum şi lobulaţi, tuberoşi.

Starea microscopică a simpaticului la epileptici e foarte variată şi ţine de vârsta pacientului, după cauza (boala) care a adus exitul laetal şi după cauza epileptogenă.

Ţesutul conjonctiv e normal la uni (caz I); diseminat cu numeroase elemente rotunde mici şi mari (mononucleari) la alţi (caz II, III şi IV) şi în fine iperplaziat la alţi (caz V).

Celulele nervoase par de aspect normal la uni (caz I) de formă neregulat colţuroase, micşorate de volum şi'n fine diferite grade de cromatoliză la alţi (caz II, III şi IV) şi'n fine păstrarea formei, diminuarea volumului, cromatoliză vacuolizarea şi supraîncărcarea cu xantoplasmă la alţi (caz V).

Reţeaua fibrilară pare normală sau uşor subţiată (la caz I) sau în mare parte dispărută (la caz II, III şi IV) şi în majoritatea celulelor dispărută şi înlocuită cu vacuole (la caz V).

* * *

Care este urmarea firească a acestor alteraţiuni structurale ale ganglionilor solari?

Dacă ne reamintim, că printre leziunile cele mai frecvent întâlnite este: năvălirea capsulelor endoteliale cu elemente rotunde sau proliferarea elementelor sale proprii, ne întrebăm ce devin celulele nervoase care sunt închise în aceste capsule ca într'un sac, mai ales dacă ţinem seamă de faptul că în stare normală între celula nervoasă şi capsula ei endotelială există un spaţiu, în care sucul limfatic circulă liber şi ajută la mişcarea aferentă şi eferentă a substanţelor necesare existenţei celulei nervoase.

Când capsula este proliferată, acest spaţiu limfatic scade, ba chiar e forte redus sau închis prin celulele satelite înmulţite, care pe lângă că barează în mod mecanic prin corpul lor libera circulare a limfei, consumă tot de-odată pentru nutriţia lor prea mult din sucurile nutritive ale celulei nervoase.

In acest caz nutriţia celulei va suferi mult iar ca consecinţă a acestei degradări nutritive apar următoarele manifestări:

1. *Regresiunile cromatolitice* în diferite grade, de preferinţă perinucleară, căci în cele mai dese cazuri am observat că rămâne la periferia celulei o coroană de granulaţii destul de binişor colorate cu Nissl şi *regresiunile*, mai importante, ale *neurofibrililor*, dintre care unele, mai ales cele secondare, dispar de timpuriu, iar altele, cu deosebire primarele, intră într'o stare granuloasă şi apoi sfârşesc prin totală segmentare şi dispariţie, prevestind prin această moartea apropiată a neuronului. Acestea sunt deci ultimum moriens.

2. Tot prin scăderea nutriţiei ne explicăm faptul că *prelungirile dendritice au atât de numeroase terminaţii umflate: în formă de măciuci une ori aşa de voluminoase în cât, par a nu mai încăpea sub capsulă, îşi scobesc propria lor celulă.*

După părerile predominante şi graţie lucrărilor lui Golgi, Nageotte şi Cajal, aceste manifestaţii ar arăta în linia întâi scăderea nutriţiei şi chiar atrofia celulei.

In adevăr, suntem din aceia, care cred că prelungirile în formă de măciuci pot servi să ajutoreze nutriţia neuronului respectiv şi citâm ca dovadă faptul recunoscut azi că nu arare ori în jurul acestor prelungiri se constată o capsulă endotelială întocmai ca în jurul neurocitei principale.

Mărirea de volum şi înmulţirea acestor măciuci ni se pare că pot fi considerate ca un ajutor adus la nutriţia celulei mame, atunci când aceasta sufere.

Fenomenul acesta se observă adesea la bătrâni, la care nota caracteristică este tocmai scăderea puterei nutritive.

Un fenomen analog am constatat şi noi la multe din cazurile citate în cursul lucrărei.

3. Mai este un fapt care trebue reţinut: *lupta neuronilor de a'şi menţine raporturile lor funcţionale receptive şi emisive adică de-a păstra neîntrerupt circuitul funcţional.*

In lupta aceasta, se ştie care este mijlocul obijnuit al neuronilor: *e înmulţirea ramificaţiilor şi alungirea lor precum şi sporirea mijloacelor de contact între prelungirile receptive şi emisive.*

Cele dintâi, dendritele, produc coșulețe tot mai dense împrejurul corpului neuronic; cele din urmă, *axonele, caută să dea ramificații terminale mai numeroase care să se pue în contact cât mai intim cu dendritele, formând: glomeruli sau spirale în jurul dendritelor, sau dând acea formație particulară pe care n'am găsit-o în autorii citați, dar pe care am pomenit-o la capitolul anatomic* (vezi fig. 5, 6 și 7). Vrem să vorbim de acele *corpuscule terminale sub formă de ghem sau glomerul reticulo-fibrilar, care se pot dovedi, prin preparatele, ce posedăm, că sunt la capătul terminal al axonelor.*

Acești glomeruli vin să se aplice chiar pe corpul neuronei date și pentru a se stabili un raport mai sigur se formează chiar o escavație în însuși corpul acestui neuron.

Afară de acestea, mai adăogăm, că într'un mare număr de celule nervoase profund lezate se constată *xantosome* abundente.

In această privință e de notat că în cazurile acute, cu toate că unele neurocite arătau că sunt profund alterate, totuși xantosomele lipseau cu desăvârșire; altele tot atât de alterate sau mai mult erau supra încărcate cu xantosome.

Aceste din urmă constatări ar proba că nu există un raport constant între dispariția cromoplasmei și apariția xantoplasmei.

BIBLIOGRAFIE

1. **Anglade.** — Altérations des cellule nerveuses dans la paralisie générale. *Annal Medico-psych.* Juillet-Aout 1898.

2. **Bonnet** et **Poincaré.** — Les lésions du sympattique chez les paralitiques généraux. *Annal. Medico-psychol.* 1868.

3. **Bruckner.** — Structura fină a celulei simpatice. *Arch. Științelor Medicale.* T. II 1898. București.

— Istologia Simpaticului. Teză. București, 1902.

4. **Dupré** et **Camus.** — Les Cénéstopathie. *L'Encephale* 1907.

5. **De Buck.** — Syndrôme solaire par néoplasie médullaire et l'état de la moelle lombo. sacrée 54 ans après l'amputation de la Jambe. *Journ. de Neurologie.* No. 7, 1904.

6. **Cazeneuve.** — La cellule sympathique normale et ses altérations dans la paralysie générale. Thèse. Bordeaux. 1904.

7. **Cajal** (Ramon J.) — Estructura de los ganglios intestinales. *Rev. trim. microgr.* III, 1891.

— Algunos detallos mas sobre las cellulas sympaticos. Barcelona 1891.

— Estructura del gran sympatico de los mamiferos. *Gaceta sanitaria*, 1891.

— Sur les ganglions et les plexus nerveux de l'intestin. *Soc. de Biologie.* 1893.

— Las cellulas del gran sympatico del hombre adulto. *Trab. d, lab, d. invest. biolog. d. l. Univers. Madrid.* 1905.

— Mecanismo de la regeneration de los nerbos. *Trabayos.* T, IV. 1905.

— Tipos cellulares de los ganglios sensitivos del hombre. y. mamiferos. *Trabay. d. lab. d. invest. biolog.* 1905.

— Les métamorphoses précoces des neurofibrilles dans la régénération et la dégénération des nerfs. Trabayos. 1907.

8. **Dogiel.** — citat de **Cajal** și **Marinescu.**

9. **T. Ionescu** și **Bruckner:** Structura Sympaticului cervical; XIII. congr. Internațional de medic. Paris, 1900.

10. **Irimescu** și **Parhon.** — Recherches sur la localisation spinale des muscles du périnée et du rectum (chez l'homme) *Jurnal de Neurologie,* 1905.

11. **G. Parhon.** — Două cazuri de emiplegie cu epilepsie parțială și paralizia simpaticului cervical. *Bulet. Soc. Știinților Med.,* București 1904.

12. **Klippel.** — Classification histologique des paralisies générales.

13. **Laignel-Lavastine.** — Récherches sur le plexus solaire. Thèse. Paris.

— Les syndromes solaires expérimentaux. *Presse Medicale,* 1903.

— Histologie pathologique du plexus solaire chez les paralitiques généraux. Comun. Congr. XIII. Francez 1904.

— Plexus solaire et syndrome d'Addison. Extr. du *Scalpel,* 1904.

— Note sur quelques centres sympatiques de la moelle épinière. XIV Congr. d. Med. Alien. et Neurol. d. france, 1904.

— Le Plexus solaire dans les péritonites. *Arch. med. experim. et d'anat. pat.* 1905.

— Contribution à l'étude anatomo-pathologique du sympathique abdominal dans les infections. *Revre de Médecine* No. 6, 1905.

— L'autopsie du plexus solaire. *Revue de Médecine,* 1907 Juillet.

— Le Plexus solaire et ses fonctions. *Journal de Psychologie normale et patotogique.* No. 3. A. 4. 1907.

— Les lésions des ganglions solaires chez les tuberculeux. *Rev. de médic.* 1907.

14. **Laignel-Lavastine** et **A. Vigouroux.** — Lésions des ganglions semi-lunaire chez un mélancolique anxieux. *Bulletin de la Soc. Anat.* Juillet 1907 etc., etc.

15. **Marinescu.** — Histologie du sympathique *Revue Neurolog.* 1898.

— Quelques recherches sur la morphologie normale et pathologique des cellules des ganglions spinaux et sympathiques. *Le neoraxe,* vol. VIII, 1906.

— La cellule nerveuse. *Enciclop. scientif.* 1909.

— Recherches sur les changements des neurofibrilles consécutifs aux diferents troubles de la nutriție. *Le Neorax.* Vol. VIII, 1906.

— Recherches expérimentales et anatomo-patologiques sur les cellules des ganglions spinaux et sympatiques. *Journal für psychologie und neurologie.* 1908, Leipzig.

16. **Marinescu** și **Parhon.** — Recherches sur les noyaux moteurs d'origine du nerf pneumogastrique et sur les localisations dans ces noyaux. *Journ. de Neurologie,* 1906.

17. **Marinescu** și **Parhon.** — Recherches experimentales et anatomocliniques sur la représentation spinale du sympatique cervical. *Revista Științelor Medicale,* 1908.

18. **Nageotte.** — Recherches expérimentales sur la morphologie des cellules et des fibres des ganglions rachidiens. *Rev. Neurologique.* No. 8, 1907.

— Note sur la présence des massues d'accroissment dans la substance grise de la moelle etc. *C. r. d. l. Soc. d. Biol.,* 1906.

— Régéneration collaterale des fibres nerveuses terminées par des massues de croissance à l'etat pathologique et à l'état normal; lésions tabetiques des racines médullaires. *Nouvelle iconogr. de la Salpêtrice,* 1906.

19. **Levi** (Guiseppe). — La struttura des gangli cerebro-spinali dei Chelonii. *Monitore Zoologico Italiano.* No. 4, 1906.

— Siruttura ed istogenesa dei ganglii cerebro-spinali dei mamiferi. *Anat. Antzeig.,* 1907.

20. **Obregia** și **Tatușescu.** — Pigmentul celulelor nervoase. Natura și rolul său. *C. R. Soc. Științelor Medicale,* București și „Spitalul" 1900.

21. **Régis.** — Precis de Psychiatrie. IV-e edit. 1909.

22. **Van Gehuchten.** — Citat de **Cajal** și **Marinescu.**

23. **Veratti.** — La struttura dei ganglii sympatici. *Anatom. Anzeig.* 1898.

24. **Vranialici.** — Studiu asupra structurei celulei nervoase. Teză. București, 1901.

CRITICI ŞI CRONICI

D-ra Dr. ECATERINA Z. ARBORE

Epidemia de cholera din St. Petersburg

1908 — 1909 (1)

VI.

Formele clinice de choleră şi terapia cholerei în epidemia din 1908 în spitalele din Petersburg.

Cea mai mare parte din bolnavii cholerici în timpul epidemiei din St. Petersburg au fost trataţi în spitalele Baratchnaia, Botkin şi Obuchoviskaia, mai puţini bolnavi, s'au primit şi în celelalte spitale comunale din Petersburg şi anume: Alexandrowskaia, Maria-Magdalena, Petro-Pavlovskaia, Mariinskaia, Viborgskaia de copii şi clinica Academiei militare de Medicină a prof. Tchistovitch. Au fost bolnavi cholerici şi în spitalul militar.

Personal, am urmărit de aproape, mai mult cazurile de choleră şi tratamentul din spitalul de infecţioşi Baratchnaia. Deşi n'am vizitat acest spital în toiul epidemiei, în Septembrie, ci tocmai în Decembre 1908, când epidemia de choleră la Petesburg scăzuse mult totuşi erau încă două pavilioane de câte 50 bolnavi fie-care, care prezentau destul material pentru observaţiuni.

Graţie amabilităţei medicului primar de secţiune Bajanov şi a medicului intern Christianovski, în deosebire am putut urmări de aproape bolnavii şi tratamentul, ce li se făcea.

---

(1) Vezi No. 7 şi 8 „Revista Ştiinţelor Medicale".

Ori-ce bolnav, trimes de afară cu diagnosticul de cholera asiatică sau diagnosticat ca atare la consultaţiunile spitalului, era adus în unul din pavilioanele prevăzute pentru cholerici, la intrare i se făcea baia caldă obligatorie, care făcea parte din tratament, era încălzit de alt-fel în mod destul de simplist cu vase de teracotă cu apă fierbinte.

Când pulsul era mic la intrare, se făcea o injecţie cu soluţie de camfor sau cu cafeină. Se prescrie T-ra de opiu, liçoarea lui Hoffman, etc. şi alte medicamente simptomatice. Dacă vărsăturile erau frecuente se întrebuinţau injecţii cu morfină. La caz de diaree forte, subnitrat de bismuth, astringente.

In cazul când bolnavul era cianozat, pulsul filiform, când există anurie, se făcea imediat o injecţie intra-venoasă cu soluţie fiziologică de clorur de sodiu 0,7°/₀ sau cu soluţiunea fiziologică, amestecată cu ser Şurupoff, în acest caz se injecta odată câte 2000—3000 gr. de apă + 200 gr. de ser în vene, şi 300 gr. apă + 80-100 gr. ser în injecţii subcutanate.

Existenţa contracturelor nu era o indicaţie suficientă pentru injecţii intra-venoase, dacă pulsul era bun.

Bolnavii la intrare, luându-li-se anamneza, ziceau de obiceiu că s'au îmbolnăvit brusc cu câte-va ceasuri, sau cu o zi înainte. Cazurile de diaree prodromică erau foarte rare. Bolnavii, care i-am văzut în spital erau toţi muncitori cu ziua, vizitii, (birjari) sau servitori. Femeile, muncitoare sau servitoare, cu o excepţie o bătrână de 75 de ani (în Ianuarie) de la azilul de văduve. Cea mai mare parte ziceau că au băut apă nefiartă înainte de a se înbolnăvi.

Arare ori din anamneză se putea stabili cantagiunea prin contact. Majoritatea trăise în mizerie.

Primele simptome, cu care se manifestase boala după spusele lor erau: vărsături, colici intestinale diaree, fiori, slăbiciune mare, câte odată contracturi.

Simptomele clinice, cu care se prezentau la spital erau de 3 categorii: 1. Cu forme uşoare, vărsături, care ţineau numai prima zi, diaree, care dispărea după 4—5 zile, scaunele riziforme în primele zile, apoi numai apoase şi din ce în ce mai colorate şi consistente, contracturi foarte uşoare şi rare, urina puţin micşorată în cantitate la început. 2. Cu aspectul deja mai caracteristic al boalei la început, vărsături dese, faţă cam gripată şi palidă, contracturi care se repetau, dispărând numai după băi calde. 3. Cei cu forma sau cu stadiul algid, fața palidă învinețită buzele și extremitățile cu totul cianozate, pulsul filiform sau imperceptibil, apatie complectă sau somnolență, vocea stânsă, anurie.

Dintre aceștia au fost mulți, care sucombau peste 3—6 ore după intrarea în spital. Alte ori după injecția intravenoasă de soluție fiziologică în doză massivă 2000—3000 grame, plusul apărea, fața se mai colora și bolnavii începeau să revină.

Câte odată ameliorarea nu se producea îndată; îmi aduc aminte de o tânără servitoare, intrată cu stare algidă, cianoză și puls imperceptibil, revenită d'abea peste două zile, după patru injecții intravenoase, de cât 3 litri de apă fie-care.

Un alt bolnav cu stare algidă, anurie complectă timp de 2 zile, amelioraţie survenită de asemenea după a 4-a injecție Mi-aduc aminte însă și de un tânăr servitor, primit în fața mea, cu stare algidă, tegumentele vinete, pielea rece, fără voce, nici puls; i s'a făcut imediat o injecție intravenoasă cu doză massivă, injecție de camfor, dar moartea a urmat după o oră.

De asemene o femeie, bolnavă după anamneză de câte-va ore, a sucombat după 12 ore, după cât s'a putut afla. Vom arăta că părerile mai multor medici din spitale concordă că în aceste cazuri de cholera supracută nici injecțiile intravenoase nu și-au succesul lor încă temporar.

Examenul bacteriologic al scaunelor bolnavilor se făcea și în toate cazurile de gastro-enterite suspecte, dar adese rezultatul era pozitiv în forme ușoare și negativ câte odată, cel puțin la primul examen, în forme clinicește neîndoelnice în privința diagnosticului.

La vindecare, se concediau bolnavii, numai după ce în intervalul de 3 zile consecutive, nu se mai găseau la examen bacteriologic repetat de 3 ori, vibrioni în scaune. In toate cazurile de algiditate exista anurie, care dispărea odată cu ameliorarea stărei generale. După apariția urinei exista albuminurie, dar nu în tot deauna.

In mai multe cazuri, după încetarea stărei algide a 3-a sau a 4-a zi, bolnavii cădeau într'o stare tifică, somnolență, fața vultuoasă, temperatura, care în timpul stărei algide fusese subnormală se ridică la 38—38,5° convalescența în aceste cazuri era lungă. Stimulantele și injecțiile intravenoase erau mult mai puțin eficace, la bolnavii alcoolici cronici și la acei cu arterioscleroză, sau cu leziuni ale cordului.

In aceste cazuri, toate medicațiile energice nu ajutau și bolnavii sucombau cele de mai multe ori a 5-a—6-a zi de boală.

Prognosticul la bolnavi se punea după starea pulsului şi cantitatea urinei excretate, dar depindea şi de complicaţiuni. Vărsăturile ori cât erau de abundente şi dese în prima zi, mai ales când bolnavii torturaţi de o sete invincibilă cereau mereu apă de băut, pe care o vărsau imediat, încetau de obiceiu a 2-a şi a 3-a zi. Scaunele arare ori deveneau sanguinolente.

In timpul accesului iniţial de choleră şi în timpul stărei algide, bolnavii sufereau şi de o lipsă complectă de somn; somnul apărea numai odată cu ameliorarea stărei generale, dar câte odată anunţa şi apariţiunea stadiului tifoid.

Cazurile la autopsiile, cărora mi-a fost dat să azist, prezentau leziunile caracteristice cholerei şi adese a complicaţiilor survenite pulmonare şi nefretice cele mai adese ori. Constante erau leziunile anatomo-patologice ale mucoasei intestinale şi ale rinichilor. In cazurile cele mai numeroase ale bolnavilor morţi în stare algidă, intestinele pline de un conţinut lichid, încolor sau de culoare cafea cu lapte, sau riziform; mucoasa intestinului subţire acoperită cu un depozit cenuşiu albicios, ades iperemiată şi cu mică echimoze. Folliculi tumefiaţi. Intestinul gros de obiceiu normal. Rinichii *în tot deauna* prezentau leziuni de nefrită acută. In cazul femeiei, moarte după cum se spunea după 12 ore de la începutul boalei, afară de aceste leziuni caracteristice s'a constatat leziuni de degenerescenţa muşculaturei cordului şi în ficat. Afară de acestea exista şi leziunile de *metrită hemoragică;* uterul plin cu chiaguri sanguine şi mucoasa uterului acoperită, echimoze şi infiltrat.

In privinţa tratamentului bolnavilor cholerici, medicii spitalului erau de părere, că pentru vindecarea bolnavului, are mare importanţă, o asistenţă dată la timp, o supraveghere de aproape şi continuă. De această asistenţă însă în toiul epidemiei, bolnavii au fost cam lipsiţi, căci numărul medicilor detaşaţi în secţia cholerică nu era destul de mare, iar de personalul inferior se simţea lipsa şi mai târziu; în Ianuarie 1909, când a fost o mică recrudescenţă a epidemiei şi în secţia cholericilor au reînceput să intre mai mulţi bolnavi, a trebuit angajat în grabă infirmiere supra-numerare. Bolnavii la intrarea lor în spital, în prima zi, având tot dauna vărsături, erau puşi la dietă absolută, apă, ceaiu. De a doua zi însă, dacă vărsăturile încetase şi nu survenea stadiul algid li se da cafea şi pâne uscată. Apoi în zilele următoare se acorda bulion, pâine, ouă. Fapt care m'a mirat mult, nu se întrebuinţa laptele, sub cuvânt că provoca vărsături și peste o săptămână, dacă bolnavul mergea spre vindecare se acordau chiftele de carne. Acest regim era întrebuințat, nu numai în spitalul Baratchnaia, dar și în celelalte. Posibilitatea nefritei în cholera nu era considerată ca o contra-indicație pentru regimul de bulion și carne, considerându-se ca bolnavul trebuie bine hrănit și laptele și regimul vegetal nefiind destul de nutritive.

Tratamentul medicamentos era în mare parte simptomatic.

Băi calde la temp. 32—35°, injecții cu camfor, cafeină, diuretină; în caz de diaree sanguinolentă entero-clise cu tanin și cu permanganat de K. (20 picături din soluția 5°/₀ perm. de K. de 4 litri apă distilată la temperatură 40° R). Cu toate contra-indicațiile din partea bacteriologilor de a da opiu în cholera, am văzut totuși în clinică, în mare vigoare întrebuințarea preparațiunilor opiate, însoțite fiind de tratamentul mai rațional cu injecții subcutanate și intravenoase de soluție fiziologică de sare.

In cazurile de anurie și albuminurie, pe lângă diuretice, ca diuretină, theocină, etc., se făcea și revulsie externă în regiunea lombară cu pungi cu apă fierbinte.

Tratamentul mai specific întrebuințat însă la spitalul Botkinskaia nu în mod sistematic, dar numai în cazuri grele cu stare algidă, erau injecțiile intravenoase cu doze mari de soluție fiziologică de Na Cl și injecții intravenoase și subcutanate cu serul Șurupoff. Am spus deja că am asistat în mai multe rânduri, la ameliorări subite, adevărate resurecții după câte-o injecție sau mai multe în rând, făcute la intervaluri de timp de 4—12 ore, de câte 2.000—3.000 litri de apă sărată.

Pe timpul meu, în spitalul Botkinskaia injecțiile intravenoase se făceau în tot dauna, tot odată cu soluție fiziologică și ser Șurupoff. Se injecta după prescripția formulată de însuși Șurupoff, în venă câte 2.000—3.000 apă (sol. Na Cl 0,7°/₀) + 200 grame ser și în aceiași ședință în injecție subcutanată 3—500 grame apă cu 60—100 grame ser Șurupoff. Injecțiile intravenoase se făceau prin înțepături direct prin piele în venă și numai în cazuri rare cum a fost la o tânără servitoare, unde venele proeminau prea puțin se făcea venesecție prealabilă.

Cantitățile totale de soluție fiziologică injectate au ajuns până la 16—18 litri injectați în două-trei zile. Temperatura soluției injectate era de 42°.

De oare-ce am asistat şi am practicat în acest spital injecţii de soluţie fiziologică împreună cu serul Şurupoff, n'am putut să-mi dau seamă întru cât vindecarea, care se producea câte odată în cazuri socotite ca disperate, se datora marei cantităţi de apă introdusă în sângele bolnivilor sau serului specific anticholeric. In prezenţa mea au fost patru cazuri de bolnavi cholerici vindecaţi după o stare algidă din cele mai desperate, după 4 injecţii consecutive de câte 3 litri de apă şi câte 200 grame de ser, introdus pe calea intravenoasă şi subcutanată. Introducerea serului Şurupoff simultaneu sub piele şi intravenos se făcea mai ales urmând prescripţiile lui Brednikoff care experimentase cel d'întâi acest ser la Ţariţin în vara anului 1908. Pe calea intravenoasă introducerea serului produce mai repede apariţiunea antitoxinelor în sânge. Prin calea subcutanată antitoxina lucrează mai încet şi câte puţin ajungând prin calea limfaticelor în circulaţia generală; s'ar putea ast-fel ca o parte din toxinele, care se produc în intestinele bolnavilor de choleră să fie neutralizate inainte încă de a ajunge în circulaţia generală.

Trec la cele văzute în spitalul Obuchovski şi aflate şi din dările de seamă a acestui din urmă spital.

Spitalul Obuchovski a dispus de un material clinic din cel mai bogat. Medicul primar dr. Netchaeff s'a interesat în mod deobit de secţiunea cholericilor, în secţiunea de bărbaţi, cea mai numeroasă, au fost trataţi de la 20 August 1908 până la 20 Februarie 1909 mai mult de 1.450 bolnavi de choleră. In acest spital s'au făcut pe o scară largă, experimentări cu diferite moduri de tratament, şi am pomenit deja că tot în laboratorul acestui spital s'au făcut mai multe cercetări, în privinţa opsoninelor din sângele bolnavilor cholerici, a reacţiunei complementului, etc. Rezultatele experimentărilor şi a observaţiunilor făcute în acest spital au fost cele mai importante din ele, publicate de către medicii „ordinatori" şi interni d-rii Tuşinski, Ivaşenţoff Ştülern, etc., în revista medicală „Ruskii Vratch" (a. 1909, No. 1, No. 10, 11, 17, 18). Pentru complectarea dărei mele de seamă, mă voi servi şi de aceste lucrări.

Din numărul total de cholerici din sus numitul spital, s'a făcut controlul bacteriologic la 1.278 bolnavi, din cari au sucombat 555, deci procentul de mortalitate a fost de 43,4°/₀; dacă însă se socotesc şi 136 cazuri de gastro-enterite suspecte, cari au dat 3 morţi, procentul de mortalitate ar fi egal cu 39,5°/₀.

In spitalul Obuchovski, s'a primit la 20 August 1908 cel dintâi bolnav, cu simptome clinice suspecte de choleră: vărsături, diaree, pulsul mic, cianoză. A sucombat după două zile. Examenul bacteriologic al scaunelor făcut în spital a fost negativ; examenul bacteriologic al aceluiaş caz după autopsie, la laboratorul comunal a dat însă rezultat pozitiv. La 21 August 1908 a fost primit un alt bolnav cu diaree, vărsături, apoi contracturi, scaune sanguinolente urmate de moarte; după autopsie, examenul bacteriologic a dat rezultat pozitiv. Al 3-lea bolnav cu choleră confirmată a intrat la 24 August; de la această dată apoi, cazurile s'au succedat în fie-care zi. In ziua de 5 Septembrie, au intrat cei mai mulţi bolnavi, anume: 93 inşi într'o zi; cel mai mare număr de bolnavi cholerici aflaţi în spital a fost pe ziua de 20 Septembre = 319 inşi. Cele mai multe cazuri de moarte de choleră la 9 Septembre = 34 inşi într'o zi, 15 medici au fost detaşaţi la serviciul cholericilor; cu supravegherea personalului inferior, erau însărcinate 40 surori de caritate. Atât dintre medici cât şi dintre surorile de caritate nu s'a îmbolnăvit nici una de choleră, deşi nu s'a vaccinat contra cholerei de cât 5 medici.

Personalul inferior întrebuinţat în acest timp, au fost 179 inşi dintre cari s'au îmbolnăvit 10, deci 5,6°/₀, şi din aceştia 3 au sucombat.

In anamneza bolnavilor intraţi la spitalul Obuchovski de asemenea s'a găsit de multe ori întrebuinţarea apei crude. Faptul de infecţie prin apă, s'a arătat mai mult de cât probabil în două cazuri, bolnavii venise la Petersburg cu puţin timp înainte, din localităţi necontaminate de choleră, au băut apă crudă la Petersburg şi după $4^1/_2$ ore unul şi 12 ore cel-lalt, s'au îmbolnăvit de choleră.

La spitalul Obuchovski, au fost bolnavi de choleră uşoară — exceptând cazurile de gastro-enterite suspecte, la care nu s'a făcut controlul bacteriologic — atinşi numai de vărsături şi diaree cholerică = 155 inşi în cele 5 luni prime de epidemie. Cu cholera tipică cliniceşte, dar puls bun şi fără anurie = 355 inşi. Bolnavi în stadiul algid au fost = 768 cazuri. Bolnavi, cari au avut o stare tifică au fost 275 cazuri. Dintre bolnavii cu stare algidă şi stare tifică au murit 190 = deci mortalitate de 69°/₀ pentru cazuri de choleră gravă. Din toţi morţii a treia parte au murit în urmă.

Bolnavii erau consideraţi, că au starea tifică sau tifoidă, când începea somnolenţa, faţa vultoasă, conjunctivele injectate, pulsul rar și dur, urină puțină, sughițuri. Formele algide au fost mai numeroase la începutul epidemiei, în primele zile din Semptembre.

Mortalitatea de asemenea a fost mult mai mare în primele trei săptămâni a epidemiei, pe atunci a variat între 55—75°/₀. Mai târziu mortalitatea a scăzut față de morbiditate; apoi de la 14 Noembre 1908, numărul cazurilor s'a mărit din nou în timpul postului.

Mortalitatea la spitalul Obuchovschi s'a observat, că a scăzut mult după ce s'a început tratamentul *în mod sistematic* cu injecțiuni intravenoase de soluție fiziologică, anume de la 4 Noembre 1908.

La 17 Noembre a început a se aplica și tratamentul cu serul Șurupoff. Mortalitatea între bolnavii de choleră a variat și după vârsta bolnavilor și anume: la vârsta de 10—15 ani, mortalitatea 20,7°/₀ cazuri, 16—20 ani = morți 24,8°/₀; 21—25 ani = 31°/₀ morți; 26—30 ani = morți 41,5°/₀; 31—35 ani = 42,5°/₀; 41—45 ani = 47,7°/₀, 46—50 ani = 58,2°/₀; 51—55 ani = 63°/₀ morți; etc. Mai ales starea de „tifoidă“ a fost cu prognostic rău pentru bolnavii, care trecuse vârsta de 56 ani.

In mai multe cazuri, după spusele bolnavilor, existase o diaree prodromică, care durase câte 3—4 zile; această diaree ar fi existat la 155 bolnavi. N'a fost nici un caz de „cholera sicca“ fără vărsături și diaree. Starea tifică la mulți bolnavi a început în spital a 3-a sau a 4-a zi de boală. Dintre bolnavii cu stare tifoidă, cei mai mulți mureau în primele 3 zile.

Starea tifoidă la bolnavii de choleră, a apărut câte odată imediat după stadiul algid, în alte cazuri însă stadiul de algiditate era urmat de o reacțiune, în timpul căreia bolnavul părea ameliorat, urina era multă și după aceasta începea starea tifoidă cu oligurie din nou. Asemenea cazuri am văzut și în spitalul Botkinskaia. Temperatura se ridica puțin în timpul stărei tifoide la bolnavi.

Dr. Tușinski spune în darea lui de seamă că a observat două cazuri de stare tifoidă, în care rinichii au funcționat normal; aproape în tot-deauna, însă la spitalul Obuchovski, exista anurie sau oligurie cu albuminurie, unul din simptomele cele mai caracteristice în choleră gravă. Simptomele din partea rinichilor însă au fost puțin persistente, după câte-va zile survenea chiar poliurie. In 5 cazuri numai, cholera a fost urmată de o nefrită persistentă. Anuria era mai persistentă cu cât cholera avea o formă mai acută la început, dar chiar în forme ușoare, rinichii au fost mai întotdeauna atinși, deși mai ușor de cât în forme cu stadiul algid.

Au fost 33 cazuri complicate cu oedem pulmonar, care s'a găsit la autopsie; una din obiecţiile aduse tratamentului cu cantităţi mari de soluţie de Na Cl în injecţii intrevenoase ar fi, că ar provoca oedem pulmonar, însă din cele 33 cazuri de oedem pulmonar, numai 12 au fost tratate cu injecţii intravenoase de soluţie sărată. Alte complicaţiuni observate în cholera la spitalul Obuchovski au fost următoarele:

Pneumoniile, 36 cazuri din totalul de 96 cazuri de complicaţiuni la 1.156 bolnavi bătrâni. Această complicaţie a fost mortală, în toate cazurile (12) de pneumonie fibrinoasă, şi în 18 din 24 cazuri de broncho-pneumonie; 7 cazuri de pneumonie au evoluat fără temperatură.

Icter în 8 cazuri, din care 2 mortale; otite, parotidite, apendicită un caz. *Icter grav cu atrofia* acută a ficatului într'un caz. Enterite emoragice au fost 62 cazuri, din care urmate de moarte 52. De multe ori, din conţinutul intestinal, au crescut culturi pure de vibrioni cholerici, lipsind cu totul alţi microbi. S'au observat în vre-o 20 cazuri eriteme, dar după injecţii cu ser.

In spitalul Botkinskaia am văzut două cazuri de eritem în în choleră, erupţii urticariene.

In două cazuri, a fost cholera în unu precedată de febră tifoidă, în altul urmată de febră tifoidă, după vindecarea cholerei. Cazuri de febră tifoidă consecutivă cholerei au fost observate şi de prof. Tchistovitch, în clinica lui pe care le atribue unei infecţiuni mixte din apă, incubaţia cholerei fiind mai scurtă de cât a febrei tifoide. Tot în aceiaşi secţie din spitalul Obuchovski, s'au observat două cazuri de choleră concomitentă cu febră recurentă (tifos recurent). (Şişman *Ruskii Vr.)* Int'un caz bolnavul a intrat cu simptome de febră recurentă, în secţia respectivă (pavilion de izolare). In sânge s'au găsit spirocheţi lui Obermayer. După defervescenţa celui de al 2-lea acces, bolnavul fiind intrat la 8 Ianuarie, la 25 Ianuarie bolnavul s'a îmbolnăvit de choleră, confirmată prin examen bacteriologic, s'a presupus, că a luat cholera în spital, din apa crudă, pe care a băut-o odată accidental.

In al 2-lea caz bolnavul a intrat în spital cu simptome de choleră şi probabil în incubaţie de febră recurentă, care s'a manifestat după 10 zile.

S'au mai observat ca alte complicaţiuni la cholerici, simptome în timpul vieţei şi la autopsii leziuni, datorite unor afecţiuni cronice, independente de cholera bolnavilor: arterioscleroza, 5 cazuri de scleroza arterelor coronare, 7 cazuri de ipertrofie şi dilataţie a cordului; 6 cazuri de tuberculoză pulmonară, între care granulie într'un caz.

Numeroase la autopsie au fost cazurile de nefrită cronică. Afară aceste însă, 35 cazuri de nefrită acută, în choleră, din care 1 caz, cu moarte survenită după 8 ore de boală, 1 după 12 ore, 5 cazuri mortale după mai puţin de 48 ore, 8 după 2 zile, etc.

Toxina cholerică pare a avea influenţă directă atât asupra cordului şi centrelor vaso-motori, cât şi asupra ţesutului propriu a rinichilor, judecând după leziunile, ce se găsesc la autopsii.

Ca tratament la spitalul Obuchovski, pe lângă medicaţia simptomatică, care nu se deosebeşte de aceea din alte spitale, în contra vărsăturilor se întrebuinţa în cazuri mai rebele spălături ale stomacului, s'a întrebuinţat în cazuri cu stare algidă, trei moduri de tratamente:

1. La o serie de bolnavi s'a întrebuinţat numai medicaţia veche: băi, excitante, enteroclise şi injecţii subcutanate cu soluţie fiziologică. 2. La o altă serie de bolnavi s'a aplicat *în mod sistematic*, tratamentul cu injecţiuni intra-venoase în doze masive. 3) In fine, la o a treia serie de bolnavi s'a făcut combinarea sistemului de injecţii intra-venoase de apă cu tratamentul specific cu serul Şurupoff.

In seria I de bolnavi, cari, n'au fost trataţi cu injecţii intra-venoase, ci numai cu mod simptomatic au fost:

	Bolnavi	vindecaţi	morţi	din morţi în stadiul algid	din morţi în stad. tifoid	procent. mortalit.
In stare algidă . .	459	95	364	285	79	79,4°/o
Acces choleric . . (forme medie)	283	240	43	—	41	15,2°/o
Choleră uşoară . .	155	150	5	—	4	3,2°/o

A 2-a categorie de bolnavi, au fost cei trataţi cu injecţiuni intra-venoase de soluţie fiziologică de Na Cl, din care uni erau trataţi *în mod sistematic* cu aceste injecţiuni şi din aceştia:

	Bolnavi	vindecaţi	morţi	din morţi în stadiul algid	din morţi în stad. tifoid	procent. mortalit.
In stare algidă . .	150	89	61	25	36	40,6°/o
In acces choleric.	43	40	3	—	3	6,8°/o

Au mai fost întrebuinţate injecţiile intra-venoase în mod nesistematic la

	Bolnavi	vindecaţi	morţi			
	35	2	33	—	—	— —
Total . . .	228	131	97	—	—	42,5°/o

Tratamentul cu injecţiuni intra-venoase de apă, în cholera a fost pus în practică în Rusia, încă din anul 1830 de unii medici din Moscova şi a fost în tot-deauna preconizat de medicii ruşi în formele algide. Până în prezent însă, deşi s'au practicat pe o scară largă în epidemiile de cholera, în general s'a luat în consideraţie numai efectul imediat al injecţiei asupra stărei bolnavului, fără a avea vre-o încredere asupra influenţei acestor injecţii, întru cât priveşte desnodământul boalei.

Injecţiile intra-venoase cu soluţie fiziologică, făcute în alte ţări, n'au micşorat mult în genere mortalitatea în formele algide de cholera. Mulţi medici ruşi admiţând în principiu că acţiunea toxinelor asupra organizmului ar fi cu atât mai mică, cu cât aceste toxine ar fi mai puţin concentrate, cred că aceste injecţii au mare însemnătate asupra mersului boalei în cholera. Rezultatele prea puţin eficace, cari se vor fi obţinut până acum, ar fi fost datorite faptului, că nu se introducea o cantitate suficientă de lichid şi injecţiile nu se repetau, de câte ori era trebuinţă.

In spitalele din St. Petersburg; considerând că la bolnavii de cholera, concentraţia sângelui ajunge foarte mare, numărul globulelor roşii, mărindu-se aproape cu 50 %, în epidemia actuală au început a se face injecţii intra-venoase cu apă sărată, în doze masive câte 3000—4000 litri de odată. Aceste injecţii însă, la început s'au făcut numai la bolnavii cu cholera algidă. Starea bolnavului se ameliorează imediat după injecţie, dar ameliorarea nu durează de cât 12 — 24 ore, după acest interval de timp injecţia trebuia repetată. Doctorii Netchaeff şi Sitkoff de la spitalul Obuchovski, au fost de părere că aceste injecţii trebuesc făcute în *mod sistematic*, repetate fără întârziere ori de câte ori starea bolnavului inspiră îngrijiri. Prima injecţie trebue să se facă în toate cazurile când se constată că cordul slăbeşte sau când există contracturi. Când după câte-va ore, pulsul slăbeşte din nou, injecţia trebue repetată imediat ce se constată slăbirea pulsului; dacă contracturile se repetă, de asemenea este indicaţie pentru o nouă injecţie. Ast-fel s'au făcut injecţii intra-venoase, de câte 3 litri de apă, fie-care dată, de 4 — 5 ori în 24 ore, injectându-se la unii bolnavi câte 12 — 15 şi chiar 18 litri în 24 ore. Ultima doza însă, s'a întrebuinţat numai în cazuri disperate şi n'a împiedecat moartea bolnavului. Alţi bolnavi, la cari s'au injectat câte 14 şi 16 litri de apă, în 24 ore s'au vindecat. Dintre bolnavii din spitalul Obuchovski, după darea de seamă a D-rului Jitkoff (Russki Vr. No. 1, 1909), din 604 bolnavi cu cholera, mai mult sau mai puțin gravă, netratați cu injecții intra-venoase, au sucombat 404, s'au vindecat 200, deci între aceștia a fost o mortalitate de 68$^0/_0$, 203 bolnavi, precum am văzut și din tabela de mai sus, au fost tratați cu injecțiuni intra-venoase de apă, în doze masive; din aceștia au murit 89 și s'au vindecat 114, mortalitatea deci 43,3$^0/_0$. Insă din cei 203 bolnavi, numai 115 au fost tratați *în mod sistematic* cu injecțiuni intra-venoase *repetate* de câte ori era nevoie, adică ori de câte ori se repetau contracturile, sau slăbea pulsul. Din cele 115 cazuri au fost 31 cazuri mortale și 86 urmate de vindecare, deci 27$^0/_0$ mortalitate. Din acești 115 bolnavi, tratați în mod sistematic cu injecțiuni intra-venoase, 65 au fost bolnavi cu contracturi, dar fără stadiu algid, au dat 16 morți și 50 bolnavi în stadiul algid, au dat 15 morți.

Din cele 31 cazuri mortale, s'a făcut autopsie la 21 și s'au găsit: în 4 cazuri, endocardite cronice; în 5 cazuri, arterioscleroză; în 7 cazuri, nefrite cronice; în cele-lalte cazuri, complicațiuni acute.

In fine o a 3-a categorie de bolnavi din spitalul Obuchovski, a fost supusă tratamentului specific cu serul Șurupoff. Am vorbit deja de acest ser, care după preparația lui, e un ser *anti-endotoxic* deosebit deci de serul Kraus, care e *anti-toxic* și a fost de asemenea incercat în unele spitale din St. Petersburg. Am spus că *serul Șurupoff*, a fost pentru prima oară experimentat în vara anului 1908, la Țarițin, de către Berdnikoff, apoi în câte-va cazuri la Rostov pe Don și în alte părți din Rusia. Din cazurile lui tratate la Țarițin, unde a existat pentru cazuri algide netratate cu ser, o mortalitate de 65$^0/_0$, Berdnikoff în comunicarea lui, (Ruskii Vr. No. 18, 1909), conclude la o mare scădere a mortalității sub influența serului Șurupoff.

La Țarițin serul Șurupoff fusese încercat în 20 cazuri, mortalitatea la cei tratați cu ser a fost 35$^0/_0$. Serul Șurupoff la Țarițin a fost injectat simultaneu pe cale intravenoasă și subcutanată, în cantitate de 40—50 grame odată, câte 100—160 grame pe zi, câte 254—340 grame în total; aceste cantități de ser erau injectate în amestec cu câte 125 grame p. injecție subcutanată și 216 grame p. injecție intravenoasă de soluție de Na Cl (0,9$^0/_0$), 380 gr. + 750 grame soluție Na Cl pe zi, în total 786 gr. Na Cl + 1.600 gr. Na Cl.

Precum vedem Berdnikoff a întrebuințat cantități de apă injectată împreună cu ser mult mai mici de cât cele întrebuințate apoi în spitalele din Petersburg. In cercetările lui însă a dispus de un număr de bolnavi, prea mic pentru a se trage concluzii sigure.

La spitalul Obuchovski, de la 17 Septembre 1908 şi până al 1 Martie 1909, au fost supuşi tratamentului specific *187* bolnavi, din care *131* s'au vindecat şi *56* au murit, deci procentul de mortalitate au fost în aceste cazuri de 29,9°/₀.

Trebuie însă să luăm în vedere, ca la spitalul Obuchovski serul Şurupoff a fost injectat tot odată împeună cu cantităţi mari de soluţie Na Cl, câte 60—90 grame ser + 2.500—3.500 soluţie fiziologică şi pentru a vedea întru cât s'ar datori micşorarea mortalităţei numai serului, sau cantităţilor mari de apă introdusă, trebuie comparată tabela bolnavilor trataţi numai cu injecţiuni masive de apă, cu acea a bolnavilor trataţi concomitent cu ser Şurupoff şi soluţie Na Cl, în doze masive. Apoi tabela rezultatelor obţinute cu o categorie de bolnavi, anume a celor trataţi în acest mod, la spitalul Obuchovski în intervalul de timp de la 17 Septembre — 3 Noembre 1908, în timpul, când eram la Petersburg, se deosebeşte, de rezultatele obţinute mai târziu cu o serie de bolnavi trataţi de la 1 Decembre 1908—1 Martie 1909.

Rezultatele definitive a tratamentului cu serul Şurupoff la spitalul Obuchovski până în timpul prezent, au fost consemnate de dr. Ştülern, în articolele lui din Ruskii Vratch pe anul curent, bolnavii fiind de aproape urmăriţi de acest autor. Având cunoştinţa personală numai de prima serie de bolnavi, 55 la număr, trataţi în anul 1908, vom cita după apreciaţiunea sus numitului autor, rezultatele obţinute în total.

La prima serie de bolnavi, (trataţi de la 17 Septembre — Noembre 1908) serul Şurupoff s'a injectat simultaneu sub piele şi intravenos în cantităţi de câte 60 grame, amestecat cu soluţie fiziologică 0,7°/₀. A 2-a şi a 3-a injecţie se făcea după 6—12 ore, câte 30—60 cm. c. de ser. A 4-a şi 5 injecţie se făceau numai în cazuri când era din nou indica prin starea bolnavului, după 24 ori şi anume câte 30 cm. c. ser în injecţie subcutanată. Nu s'au făcut mai mult de 6 injecţii de ser la un bolnav, maximul de ser introdus a fost de 390 cm. c. De mai multe ori totalul de ser introdus era de 200 — 240 cm. c. în tot-deauna în amestec cu soluţie fiziologică Na Cl şi anume pe cale intravenoasă câte 500 — 3500 cm. c. Introducând simultaneu cantităţi mari de apă în organism se considera că ast-fel se produc condiţiuni favorabile acţiunei serului, ridicându-se presiunea sanguină şi luptându-se contra concentrării sângelui. In această serie, au fost trataţi 55 bolnavi cu serul Şurupoff, toţi erau în stadiul algid şi 50°/₀ din ei alcoolici, din aceşti 55 bolnavi, s'au vindecat 31 şi au sucombat 24, deci o mortalitate de 43,6°/₀. Comparând aceste rezultate, a tratamentului cu serul Şurupoff, cu acele obţinute prin tratamentul tot cu injecţii intra-venoase numai cu doze masive de soluţie fiziologică de Na Cl, rezultate citate mai sus, la 203 bolnavi, (mortalitate 43,7°/₀), nu găsim de cât o prea mică deosebire.

Dintre aceşti 55 bolnavi, la 12 indivizi tratamentul cu ser a fost început după maximum 6 ore de la începutul boalei: din 12 au sucombat 5. La 28 bolnavi, tratamentul s'a început după 7—12 ore de la începutul boalei: au sucombat 13. La 14 bolnavi, tratamentul început după 13—24 ore după începutul boalei, au sucombat 5. In fine la 1 bolnav, care a sucombat, tratamentul a fost început după 30 ore de la începutul boalei.

In cazurile de cholerà fulgerătoare n'au avut efect nici injecţiile cu ser, nici cele cu soluţie fiziologică. Efectul asupra pulsului filiform la toţi bolnavi, înainte de injecţie, s'a manifestat adese, imediat după injecţie, prin ridicarea presiunei sanguine. La 4 bolnavi, la cari s'a injectat serul Şurupoff, cu cantităţi mult mai mici de apă, anume între 1 — 2000 gr. în 3 zile, presiunea sanguină din contră s'a ridicat foarte încet.

Serul pare a fi avut o acţiune favorabilă asupra rinichilor; anuria la aceşti bolnavi, n'a durat nici odată mai mult de 2 zile. In epidemiile precedente, s'au citat din contră cazuri de anurie, care a durat câte 5 — 7 — 12 zile. Temperatura s'a ridicat la 36 bolnavi, imediat după injecţie până la 37°, la 17 bolnavi nu s'a ridicat. In general şi temperatura se ridică mai mult după injecţia de ser concomitentă cu soluţia fiziologică, de cât când serul se injecta singur. Acţiunea serului asupra contracturelor n'a putut fi stabilită, fiind-că contracturile dispar şi după injecţii cu soluţie fiziologică numai. In cazuri când serul a fost injectat singur, contracturile au dispărut a 2-a zi, nu imediat după injecţie. Asupra vărsăturilor şi diareei, serul nu pare a fi avut vre-o acţiune directă. Dintre cei 55 bolnavi, 10 bolnavi au avut stadiul tifoid şi din aceştia 6 au sucombat. Totuşi în cazuri mai puţin grave, serul pare a fi influenţat, după părerea doctorului Ştülern, în sensul favorabil, bolnavii trecând din stadiul algid deadreptul în convalescenţă, pe când la cei netrataţi cu ser, mai ades survenea o stare tifică înainte de a se începe convalescenţa. Erupţiuni în urma injecţiilor cu ser, s'au produs în 5 cazuri, în 3 cazuri erupţie rugeoliformă şi în 2 urticaria. Trecând acum la rezultatele comunicate de Dr. Ştülern obţinute la a 2-a serie de bolnavi, 132 inşi trataţi cu serul Şurupoff la spitalul Obuchovski în intervalul de timp dela 1 Decembrie 1908 până la 1 Martie 1909, vedem o mare deosebire, în folosul serului.

Anume la aceşti 132 bolnavi, găsim o mortalitate mult mai mică de 24%; comparând rezultatele date de această serie de bolnavi, cu acele obţinute la bolnavii trataţi numai cu soluţie fiziologică, (mortalitate 43,8%), deosebirea este cu totul în folosul tratamentului combinat cu ser; deosebirea este mai mică însă, dacă ne aducem aminte rezultatele obţinute de D-rul Jetkoff, în tratamentul cu injecţii cu soluţie fiziologică, aplicate în mod sistematic, (mortalitate 27%), aceasta din urmă însă, obţinută, adăugând şi formele mai uşoare de choleră, tratate cu aceste injecţii.

Consideraţiunile d-rului Ştülern, relative la deosebirea între rezultatele obţinute la prima serie de bolnavi trataţi cu ser şi cea de a 2-a, se reduc la următoarele: In Decembrie 1908, a început să fie experimentată în spitalul Obuchovski, o nouă serie de flacoane cu serul Şurupoff, care fiind întâi încercat pe animale de laborator, s'a arătat că având o acţiune terapeutică mai energică. Apoi luând în vedere că serurile *anti-endotoxice* după Kolle se deosebesc de cele *antitoxice* prin faptul că conţin puţini anticorpi în consecinţă trebue mărită până la maximum posibil, cantitatea serului injectat, pentru a avea un rezultat terapeutic eficace. De aceia în cazurile tratate mai târziu s'a injectat în venă dintr'odată o cantitate, nu de 60—90 cm. c. ca la început, dar câte 120, 160 apoi câte 200 cm. c. de ser, repetând această cantitate la injecţie până de 4 ori, la intervaluri de timp de 5—7 ore. Asociaţia serului cu soluţia de sare, injectată câte 2—3$^1/_2$ litri odată, s'a arătat ca fiind foarte favorabilă chiar efectului serului. S'a continuat în acelaş timp a se injecta simultaneu şi serul sub piele câte 100 cm. c. dar observându-se după aceste injecţiuni subcutanate cu cantităţi mari de ser, producţiune de *flegmoane*, (17 cazuri) în locul injecţiei, sau mai rar injecţiile subcutanate şi cu cantităţi mai mici de ser câte 40 — 70 cm. c.

Scopul, care trebue ajuns prin tratamentul cu ser. e de a introduce, chiar de la începutul boalei, direct în circulaţia generală, o cantitate de anti-endotoxină suficientă pentru a neutraliza toxina cholerică şi ast-fel a împiedica intoxicaţia organelor şi ţesutelor corpului. Bolnavilor primiţi în secţia cholerei, la spitalul Obuchovski, li se făcea întâi o baie caldă (32 — 34° R.), apoi erau încălziţi cu saci de cauciuc plini cu apă fierbinte. Apoi imediat se făcea o injecţie intravenoasă cu soluţie fiziologică (0,7°/₀) câte 2000 — 3500 cm. c.+100—200 cm. c. de ser, totul la temperatură de 40—45° C. Apoi se injecta sub piele în coapsă 60—100 cm. c. de ser+100—500 cm. c. soluţie de sare. După o jumătate de oră de obiceiu, după injecţie, temperatura bolnavului se ridică la 38°—39° C. şi bolnavul avea fiori; la apariţia fiorilor, bolnavului i se făcea din nou o baie caldă.

Ca medicaţie adjuvantă în timpul acestui tratament se făcea injecţii cu camfor, calomel sau oleu de ricin la începutul boalei în caz de diaree prea tare, clisme cu soluţie de sare. Ca băutură, apă minerală Narzan. Băile erau repetate cât se poate mai des. Peste 5—7 ore, după prima injecţie, aceasta se repetă cu aceiaşi cantitatate. Dacă se repetă starea de colapsus, se mai făcea o a treia injecţie, iar după 7 ore, când starea algidă nu ceda şi pulsul rămânea tot slab, injecţia intra venoasă se repeta a 4-a oară şi câte odată chiar a 5-a oară, la intervale de timp de 6 — 10 ore. Maximul de ser introdus în primele 12 ore de la începutul tratamentului, în 3 injecţii a fost de 600 cm. c., în primele 36 ore 805 cm. c. Maximul de soluţie fiziologică, introdus în 36 ore în venă, a fost de 18 litri. Media cantităţilor de apă, introdusă în venă, în timpul stadiului algid a variat de la 4 — 8 litri, dar în cazuri foarte grele a trecut de 10 litri. In acelaşi timp, pentru a introduce în mod continuu antiendotoxine în circulaţia limfatică şi sanguină se injecta sub piele 1--2 ori pe zi 30—100 cm. c. de ser. Injecţiile intravenoase se făceau în primele 12 — 36 ore, de la începutul tratamentului, cele subcutanate în primele 3 zile. In cazuri complicate cu stare tifoidă, injecţiile subcutanate cu ser se repetau odată pe zi, până la a 7-a zi de boală. Cea mai mare cantitate de ser introdusă în tot timpul tratamentului a fost de 1390 cm. c. la câţi-va bolnavi.

Relativ la cantităţile de ser introdus la toţi cei 187 bolnavi, D-rul Stülern ne dă următoarea tabelă:

Cantitățile de ser introdus	Numărul bolnavilor	Vindecați	Morți
60— 190 cm. c.	25	14	11
200— 400 (390) cm. c.	79	56	23
400— 590 cm. c.	27	27	0
600— 790 „	26	18	8
800—1000 „	19	10	9
1040—1390 „	11	6	6
Total . . .	187	131	56

Prin urmare procentul de mortalitate, socotit după toate cele 187 cazuri de choleră tratate cu serul Șurupoff la spitalul Obuchovski ar fi de 29,9°/₀.

După gravitatea boalei, cei 187 bolnavi, sunt împărțiți de dr. Ștülern în 3 categorii:

1. *149* bolnavi, în stare algidă gravă: s'au vindecat 93, au murit 50; procentul mortalității 37,5°/₀.

2. *25* bolnavi, se aflau în stare de algidă bine accentuată, dar nu tocmai grea, la începutul tratamentului, s'au vindecat toți.

3. *13* bolnavi, care sa aflau în acces choleric, dar fără stare algidă; s'au vindecat toți 13. D-rul Ștülern comparând rezultatele obținute din cele două ultime categorii (38) bolnavi, choleră de gravitate medie, cu acele obținute la 42 bolnavi, cu aceleaș forme tratați cu injecții intravenoase cu soluție fiziologică numai, fără ser, atrage atenție asupra faptului ca la acești din urmă a fost procentul de mortalitate de 6,8°/₀, pe când cei tratați cu ser s'au vindecat toți. Comparând cei *145* bolnavi de choleră gravă, (la 12 choleră fulgerătoare) tratați cu ser, cu cei *150* bolnavi de asemenea de choleră de aceiaș gravitate clinică, se vede de asemenea deosebirea în folosul serului, la cei d'întâi procentul de mortalitate = 35°/₀, la ultimii = 40,5°/₀.

După timpul trecut de la începutul accesului de choleră, până la prima injecție de ser cu soluție fiziologică bolnavii cu choleră gravă de la spitalul Obuchovski pot fi împărțiți în 3 serii.

1-a serie. Tratamentul cu ser început de la 1—6 ore după începutul cholerei; au fost 37 bolnavi, s'au vindecat 26, morți 11: procentul mortalității 29,7°/₀.

2-a serie; tratamentul început 6¹/₂—12 ore după începutul boalei. Bolnavi 37, s'au vindecat 44, au murit 29: procentul mortalității = 39,7°/₀.

3-a serie ; tratamentul cu ser început 13—30 ore după primele simptome cholerice ; 39 bolnavi s'au vindecat 23, au murit 16 ; procentul mortalităţei = 41,0 (Ştülern).

Din comparaţia acestor cifre reiese clar, că cu cât tratamentul a fost început mai de timpuriu, cu atât şi rezultatul a fost mai eficace.

Dintre 56 bolnavi morţi, au sucombat în stadiul algid 34 bolnavi (deci 60,7°/0), în stadiul tifoid 18 (32,5°/0) şi de complicaţiuni 4 (7,8°/0). Complicaţiunile au fost pneumonie în două cazuri, septicemii cu flegmoane în alte două cazuri.

D-rul Ştülern în consideraţiunile asupra tratamentului cu serul Şurupoff, inzista şi asupra faptului, ca în cazuri tratate cu ser, procentul de bolnavi, care au avut stadiul tifoid e mai mic de cât la cei-lalţi, între care şi la cei trataţi cu soluţie fiziologică numai ; La cei trataţi cu ser, trecerea bolnavilor în stare tifoidă s'a observat în 21,3°/0 cazuri, la cei trataţi numai cu injecţiuni massive cu apă, starea tifoidă s'a observat în 30,5°/0 cazuri.

Apoi în cazuri de choleră de gravitate medie, tratate cu ser, la 38 bolnavi, starea tifoidă nu s'a arătat nici odată, pe când între cei 43 bolnavi, cu forme de aceiaş intensitate, trataţi cu apă sărată au fost 5 bolnavi, care au avut starea tifoidă.

Erupţiuni eritematoase şi urticariene s'au observat în 26,7°/0. din cazurile tratate cu ser. In 17 cazuri erupţia urticariană a apărut imediat după injecţia cu ser. In alte 40 cazuri a apărut peste 4—17 zile după injecţie ; din aceste în 28 cazuri a avut caracterul eritematos. In genere s'a observat de D-rul Ştulern, că, cu cât cantitatea serului introdus era mai mare, cu atât mai des s'au observat şi erupţiunile.

Aceste erupţiuni în tot dauna au avut un caracter benin. Albuminurie nu s'a observat nici odată.

Erupţiunile erau câte odată însoţite de lassitudine, de umflătură şi durere în articulaţiuni, dar care erau trecătoare şi n'au avut nevoie de intervenţie terapeutică. D-rul Berdnikof e chiar în contra aserţiunei că injecţiile intravenoase cu ser ar prezinta primejdie la bolnavi, care ar fi fost supuşi înaintea acestui tratament, adică (Madsen) ca bolnavi după tratamentul cu ser ar prezinta o stare de sensibilizare mărită (anafilaxia) faţă de noui injecţiuni.

D-rul Ştülern în lucrarea lui citează două cazuri de bolnavi, în care la unul s'au repetat injecţiile cu ser anticholeric la interval de 3½ luni, în primul rând bolnavul a avut cholera confirmată prin examen bacteriologic, iar după 3 luni şi jumătate a reintrat cu o gastro-enterită suspectă şi-i s'au făcut injecţiuni intravenoase cu ser, deşi examenul bacteriologic a fost negativ. Bolnavul s'a vindecat.

In al 2-lea caz, bolnavul având cholera, a fost tratat cu o injecţie intravenoase de ser, în cantitate de 125 cm. c. intravenos + 50 cm. subcutaneu în amestec cu soluţie fi- ziologică ca de obiceiu şi s'a vindecat cliniceşte; însă după 27 zile, starea lui clinică fiind normală continuă să aibă vibrioni în scaune şi pentru a-i grăbi vindecarea i s'a făcut din nou o injecţie cu ser, care n'a avut nici o urmare rea, din contră bolnavul s'a vindecat şi vibrioni au dispărut din scaune.

D-rul Ştülern pe baza experienţilor din spitalul Obuchovski este de părere, ca în tratamentul cholerei cele mai bune rezultate au fost obţinute cu serul Şurupoff. Cu toate aceste crede ca şi acest ser anticholeric ar putea fi încă perfecţionat.

Crede ca serul antitoxic Kraus nu posedă valoarea terapeutică în cholera; şi încercările de tratament cu serul Kraus, (făcute la spitalul Maria-Magdalena în St.-Petersburg) ar pleda contra teoriei, cum că studiul algid în cholera ar rezulta din intoxicarea organismului cu toxine cholerice, iar starea tifoidă ar fi cauzată prin endo-toxine. Rezultatele tratamentului cu seruri anti-toxice şi anti endo-toxice ar arăta după d-rul Ştülern că toxina cholerică este aceiaşi, că şi stadiul algid şi stadiul tifoid al cholerei ar fi produs de aceiaşi endotoxină cholerică, deosebirea între simptomele clinice s'ar datori unei diferenţe cantitative, iar nu cantitative de toxină.

In timpul prezent în laboratorul de la fortul Alexandru I se fac încercări de a prepara o endotoxină cholerică, prin acţiunea sucului digestiv asupra vibrionilor, în vederea imunizărei acelor cu această endotoxină şi a căpătărei unui nou ser anticholeric.

Experimentându-se la spitalul Obuchovski, tratamentul cu serul Şurupoff, am citat deja că s'a cercetat la bolnavii trataţi cu ser, şi schimbările ce ar surveni în organism sub influenţa tratamentului, modificarea indicatorului opsoninic, reacţiunea complimentului (pozitivă), la bolnavii trataţi cu ser, proprietatea de aglutinare a serului sanguin de la bolnavii trataţi aparând după injecţie şi durând vre-o 10 zile.

Mişcarea mortalităţei la bolnavii cu choleră trataţi cu serul Şurupoff, dar *intotdauna concomitent* cu injecţiuni de soluţie fiziologică de Na Cl, s'a observat atât la spitalul Obuchovski cât şi la Botkinski, însă pentru mine, judecând după numărul de cazuri nu tocmai mare, ce le am văzut, nu este dovedit faptul, dacă această micşorare se datora *serului introdus* sau cantităţilor mari de soluţie *fiziologică* injectate.

Un număr destul de mare de bolnavi de choleră au fost trataţi şi în spitalul Petro-Pavlovskaia. După prima dare de seamă comunicată din acest spital, în intervalul de timp de la 25 August, când a fost primul caz confirmat prin examen bacteriologic, până la 1 Noembre 1908, au fost 848 bolnavi, din care au fost bărbaţi 543 şi femei 305. Mortalitatea în total a fost de 37°/₀. In luna Septembre, ca şi în cele alte spitale au fost cele mai multe cazuri de boală, anume: 702, şi mortalitatea a fost cea mai mare = 82,8°/₀. Mortalitatea varia mult după vrâsta bolnavilor; în spitalul Petro-Pavlovskaia primindu-se şi copii, s'a constatat cea mai mare mortalitatea în vârstă până la 5 ani şi în cea trecută de 55 ani. Forme grave de choleră au fost în 50,3°/₀ din cazuri. Dintre cazurile mortale, 133 bolnavi au murit în primele 24 ore după intrarea lor în spital. In anamneza bolnavilor intraţi în acest spital, de asemenea se notează de obiceiu întrebuinţarea apei nefierte şi acoolism la cei mai mulţi din bolnavi.

Stadiul tifoid nu a survenit tocmai des în 33 cazuri. Complicaţiuni observate mai des în acest spital au fost: difterizarea intestinelor, pneumonii, septicemie, flegmoane. Tratamentul, care a fost întrebuinţat în acest spital a fost mai mult simplomatic; în cazuri de algiditate s'au întrebuinţat injecţii sub cutanate cu soluţie fiziologică de Na Cl; în caz de vărsături spălături ale stomacului, în diaree forte, entero-clisme cu soluţiune de tanin 0,5°/₀, şi cu bicarbonat de sodă, s'au întrebuinţat şi preparaţiunile de opium, morfină, etc. Băi calde în mod sistematic.

Pr. Smirnoff, medicul-şef al spitalului într'o şedinţă a medicilor ruşi de la 13 Noembre 1908, vorbind despre tratamentul întrebuinţat la spitalul Petropavloskaia, a arătat că ne având tratament specific, s'a căutat nu atât a se depărta şi a se distruge vibrionii cholerei din organizmul bolnavilor cât a se crea condiţiuni nefavorabile pentru îmmulţirea agenţilor infecţioşi şi producerea intoxicaţiei cholerei. Pentru a ajunge acest scop, trebuia cunoscut, care mediu, din organizmul omului ar fi mai priincios pentru dezvoltarea vibrionilor cholerei. Pr. Smirnoff crede ca acest mediu de cultură, în organizmul viu, nu sunt substanţele alimentare, care sunt eliminate chiar la începutul boalei prin vărsături şi diaree. Sucul gastric e nefavorabil pentru dezvoltarea vibrionilor, probă că la bolnavii de choleră survine repede acholia. Bila şi sucul pancreatic, care sunt în genere bune mediuri de cultură pentru microbi, nu par a fi atare pentru vibrionii cholerei. După Pr. Smirnoff, mediul cel favorabil pentru dezvoltarea vibrionilor, ar fi secreţiunea catarhală din intestine şi indivizii suferinzi de enterite catarhale par a fi mai predispuşi a se îmbolnăvi de cholera. Deci pentru tratament Pr. Smirnoff găseşte raţional a micşora secreţiunea sucului intestinal şi prin urmare a întrebuinţa medicamente care ar micşora sau ar opri aceste secreţiuni, opiu, atropină, bicarbonatul de sodiu.

In acest scop s'au întrebuinţat la spital şi enteroclizmele cu bicarbonat de sodă ½% şi sare, câte 600—800 gr. de apă, considerând că aceste clizme diluau toxinile şi micşorau secreţiunea intestinală.

Aceste vederi ale Profesorului Smirnoff au fost combătute de bacteriologi, mai cu seamă de prof. Zabolotny, care-şi arătat părerea că opiul micşorează immunitatea organizmului faţă de cholera şi că el, a putut îmbolnăvi de choleră animale, care posedau immunitate naturală faţă de această boală, după ce le a introdus bicarbonat de sodiu în stomac şi opium în intestine.

In Noembre la spitalul Petropavlovski a fost experimentat şi serul anticholeric Salimbeni; Din cele 37 cazuri tratate cu acest ser 14 au fost mortale.

Salimbeni aflându-se la St.-Petersburg în timpul epidemiei din toamna anului 1908, a dirijat personal experimentările în mai multe spitale, care s'au făcut cu serul lui anticholeric, rezultatul obţinut de Salimbeni e că neutraliza 2 doze mortale de toxină în cantitate de 0,05 cm. c. şi agglutina în proporţie de 1 : 23.000. Am văzut însă că la spitalul Petro-pavlovskaia rezultatele tratamentului cu serul anticholeric Salimbeni n'au fost strălucite.

De asemenea la spitalul Mariinskaia, unde a fost încercat, în 12 cazuri de cholera algidă, cu forme din cele mai grave, a dat numai 3 vindecări. Serul Salimbeni pare a fi dat rezultate ceva mai bune, în epidemia din Saratov şi la St. Petersburg în clinica profesorului Tchistovitch.

Prof. Tchistovitch în clinica lui de infecţioşi din spiralul Academiei militare de medecină, a avut în toamna anului 1908, 82 cazuri de choleră. Cea mai mare parte dintre bolnavii din acest spital au fost elevii şcoalei de Iunkeri de la Pavlovsk, unde s'a ivit un focar de epidemie, în Septembrie 1908.

Din 82 bolnavi cu choleră, din clinica Prof. Tchistovich au murit 15, ceea ce face o mortalitate numai de 18°/₀.

Prof. Tchistovich în darea lui de seamă comunicată la Societatea medicilor ruşi din Petersburg la 13 Noembre 1908 explică această mică mortalitate, tocmai prin faptul ca din cei 80 bolnavi cu choleră, 55 erau elevii şcoalei de la Pavlovsk, toţi tineri robuşti, bine hrăniţi şi care au fost aduşi imediat de la începutul boalei. Dintre cei-lalţi 27 bolnavi, 67 erau nevindecaţi, au murit 9 deci o mortalitate de 37,5°/₀, pe când dintre cei 55 iunkeri au murit 6, deci 10,9°/₀. Epidemia din şcoala militară a prezintat interes mai cu seamă din punct de vedere etiologic. Prof. Tchistovitch, înclina spre infecţia din apă, cu atât mai mult că concomitent cu epidemia de choleră în aceiaşi şcoală, au fost şi cazuri de febră tifoidă şi dintre cei 55 bolnavi de choleră, 3 după vindecarea accesului cholerei au prezintat simptomele febrei tifoide, iar între cei-lalţi, au fost 12 cazuri de choleră. Din contra d-rul Okuneff discutând în şedinţă cauzele acestei epidemii, demonstra că contagiunea a avut loc prin contactul elevilor cu personalul de servitori, care au fost boloavi de cholera înaintea elevilor. Dintre cazurile de cholera de la Pavlovsk, cele mai multe (35) au fost forme uşoare de cholera, cazuri mai grave 12, din care 6 mortale, 6 dintre bolnavii de la şcoala militară au fost aduşi la spital in stadiul algid al boalei; din aceştia 2 au murit imediat în ziua primirei la spital; a 2-a zi a murit al 3-lea; alţi doi, au avut o ameliorare după injecţii subcutanate cu apă sărate şi stimulante, dar apoi au sucombat în urmă, al 6-lea care s'a îmbolnăvit la 10 Septembrie, a avut pulsul bun până la 12 Septembre, apoi a început o stare de slăbiciune şi a sucombat la 16 Septembrie. Dintre cei-lalţi care s'au vindecat, 8 au avut stadiu algid şi alte simptome grave.

In timpul accesului choleric, câţi-va dintre bolnavii Profesorului Tchistovitch au prezentat temperaturi sub-febrile până la 39°; în stadiul algid, temperatura a scăzut şi s'a ridicat din nou în stadiul de reacţiune.

Dintre toţi cei sucombaţi, numai doi au murit în stadiul algid.

Cei-l'alţi fiind trataţi de ameliorare dar apoi peste un interval de timp variabil câte-va ore până la 3 săptămâni, într'un cas, starea bolnavilor (a celor cari sucombau) se agrava; apărea somnolenţă, albuminurie sau anurie, vărsături şi bolnavii sucombau într'o stare comatoasă, câte-odată atunci, atunci când nu mai existau nici vibrioni în scaune — stadiul tifoid în perioada de reacţiune a cholerei,—adecă temperatura ridicată, stare de somnolenţă, splină mărită, exanteme cholerice în unele cazuri, s'a observat la 8 bolnavi. Exantemele au apărut la mai mulţi bolnavi, şi au avut caracterul rubeoliform şi numai în 2 cazuri, dintre cele tratate cu serul Salimbeni, erupţiunea ertiemo-papuloasă a semănat cu urticaria. Tot în clinica lui Tchistovitch s'a urmărit modificarea sângelui la bolnavi de cholera, în privinţa cantităţei globulelor roşii şi a plăcilor sanguine.

In stadiul algid cantitatea globulilor roşii atingea numărul de 7 până la 8.000.000 într'un mm.c. iar numărul plăcilor varia de la 130.000 — 300.000 în 1 mm.c. Cercetându-se intervalul de timp, după care dispar vibrionii de cholera la bolnavii, s'a găsit ca cel mai scurt a fost de 6 zile (la 1 singur bolnav), cele mai adese de 10—12 zile) şi cel mai lung de 41 zile.

Tratamentul bolnavilor de cholera în clinica profesorului Tchistovitch consista în calomel la început, băi calde de 30°; la cei în stare algidă injecţii subcutanate cu soluţie fiziologică de Na Cl, 1—2 litri injecţia.

De la 14 Septembrie la bolnavii în stare mai gravă, s'au făcut injecţii subcutanate cu serul anticholeric Salimbeni, precum am zis sub directa supraveghere a d-lui Salimbeni, serul se injecta în cantităţi de 100—200 cm. c. Din cei 9 bolnavi de cholera forma gravă, trataţi cu serul lui Salimbeni au sucombat 4 şi 5 s'au vindecat; rezultat considerat destul de favorabil de prof. Tchistovitch.

In spitalul „Mariinskaja“ din Petersburg nu se primesc de obiceiu bolnavii de boale infecţioase.

Cu toate aceste, în toamna anului 1908, în urma insuficienţei de locuri la alte spitale, după multe intervenţiuni, s'a înfiinţat şi la acest spital o secţie pentru infecţioase şi pentru bolnavii de cholera. De la 26 August până la 20 Decembrie 1908, au fost trataţi în acest spital 106 bolnavi de cholera din care 52 bărbaţi şi 54 femei. După darea de seamă a medicului spitalului, în acest spital s'au primit numai bolnavi, cu forme grave, în stadiul algid şi muribunzi. Din cei 108 bolnavi, cu simptome clinice de cholerǎ, numai 41 bǎrbaţi şi 48 femei s'au gǎsit cu vibrioni cholerici în în scaune, la cei-lalţi 19 bolnavi, examenul bacteriologic a dat un rezultat negativ.

In spitalul Mariinskaia au fost mulţi bolnavi de cholerǎ, din diferite aziluri şi instituţiuni de binefacere din Petersburg; bolnavele bǎtrâne din asilul de vǎduve Smolni, unde a fost o izbucnire a epidemiei, au fost tratate în acest spital.

Din cei 108 bolnavi au murit 57, prin urmare a fost mortalitate de 52°/₀, iar dacǎ se lasǎ de o parte bolnavi, la care rezultatul examenului bacteriologic a fost negativ, adicǎ bolnavii necholerici, mortalitatea a fost de 64°/₀ pentru cei cu cholera confirmatǎ.

Cei mai mulţi bolnavi au fost de vrâsta tânǎrǎ şi mijlocie; la acei mai bǎtrâni de 60 de ani boala a avut deznodǎmânt fatal.

Considerându-se în cursul cholerei, cinci faze sau stadii, dacǎ se admite şi fazǎ prodromicǎ, din cei 89 bolnavi cu cholera confirmatǎ din acest spital au intrat în stadiul algid 66 bolnavi, adecǎ 75°/₀; 2 bolnavi au intrat fiind în stadiu de reacţiune (ameliorare); 20 bolnavi în stadiul accesului choleric (invaziune); 1 bolnav în stare tifoidǎ. Din aceşti bolnavi, 29 au murit în stare de algiditate şi 28 în stare de uremie, au fost vindecaţi 16 bolnavi din cei intraţi în stare algidǎ, 16 intraţi în perioda de invazie a boalei (acces choleric) şi 1 intrat în stare de reacţiune.

Dintre cei 66 bolnavi intraţi în stare algidǎ au murit dar cu totul 50, iar dintre cei 20 intraţi în perioada de invazie a boalei (acces choleric), s'au vindecat 16 adicǎ 80°/₀ şi au murit numai 4. Medicul din spitalul Mariinskaia bazându-se pe acest fapt e de pǎrere cǎ procentul mortalitǎţei în cholera s'ar micşora mult dacǎ toţi bolnavii ar intra în spital la începutul boalei. In spitalul Mariinskaia bolnavii se considerau vindecaţi şi se congediau din spital mai mult pe baza simptomelor clinice, ne fiind timp pentru control bacteriologic.

Din cei 57 bolnavi, care au sucombat dupǎ darea de seamǎ a d-lui Markevitch, au intrat în spital 28 bolnavi în prima zi de boalǎ, 17 bolnavi în a 2 zi, 6 a 3-a, 4 a 5-a zi, 2 a 6-a zi dupe începutul boalei — dupǎ spusele bolnavilor. Prin urmare dupǎ Markevitch au fost tot forme grave, care s'au dezvoltat repede. Din aceşti 57 bolnavi sucombaţi, 16 au murit în primele 20 ore dupǎ intrare, 2 după o zi, 13 după 2 zile, 4 după 3 zile, 9 după 5 zile, 5 după 6, 3 după 7, 1 peste 8 zile şi unu după 9 zile. Considerând începutul boalei, 10 bolnavi au murit în primele 24 ore, 9 a 2-a zi de boală, 11 a 3-a zi, 3 a 4-a, 2 a 5-a, 7 după 6 zile, 7 după 7, 2 a 8-a zi, 2 a 9-a zi, 1 în a 10 zi, 1 în a 11 zi, 1 în a 12 zi şi 1 în a 14 zi de la începutul boalei.

Bolnavii sucombaţi în primele 3 zile după începutul boalei, au murit toţi în stare algidă, cei-lalţi 28 la număr după părerea medicului spitalului au murit în stare de uremie, care a apărut de obiceiu în a 5-a sau a 6-a zi de la începutul boalei. Unuia din bolnavii, care au murit în stare de algiditate i se făcuse cu două zile înainte o injecţie preventivă anti-cholerică.

Diagnosticul se punea cu uşurinţă, când bolnavii se prezintau în stadiul de algiditate cu toate simptomele caracteristice; în unele cazuri însă diagnosticul nu putea fi pus cu siguranţă de cât după examenul bacteriologic al scaunelor. La autopsii chiar adese au lipsit leziunile caracteristice de choleră.

La părerea lui Markevitch, trebue să adăugăm, că Berdnikoff a citat cazuri, când prezenţa vibrionilor n'a putut fi constatată nici la bolnavi cu cholera algidă.

Bolnavii, care s'au vindecat, la spitalul Mariinskaia, au stat în spital în termen mediu câte 16 zile, minimum 6 zile şi maximum 32 zile.

La intrarea bolnavilor în secţia de choleră, la fiecare se făcea examenul bacteriologic al scaunelor pentru prezenţa vibrionilor specifici. Când mureau înainte de a se fi făcut examenul bacteriologic, medicul spitalului considerând că acest control bacteriologic devine o simplă formalitate, când bolnavul este concediat în a 15, a 16 zi de boală.

Examenul bacteriologic se făcea ca de obiceiu; examen microscopic a mucozităţilor din scaune, însemânţare în soluţie peptonică, examinarea preparatelor făcute din stratul de sus din soluţie peste 8 ore, apoi însemânţări pe agar; controlul culturelor obţinute prin reacţiunea de agglutinare cu serul specific, când reacţiunea era pozitivă specificitatea vibrionilor era confirmată; în caz de rezultat negativ o nouă însemânţare şi culturi pe gelatină, lapte, cartofi, etc. s'au examinat scaunele la 102 bolnavi. Materiile fecale de la bolnavi cu choleră, de obiceiu aveau aspectul caracteristic riziform, alte ori erau colorate, galbene-verzui cu părticele de mucozităţi diseminate, care prin repaos se lăsau la fund, şi totul lua aspectul de supă de mazăre (Markevitch). In preparate microscopice făcute cu aceste mucozităţi, se vedeau adese culturi pure de vibrioni.

Markevitch susţine ca adesea alături de vibrioni a găsit şi spirocheţi, care semănau cu spirocheţii lui Obermayer; aceştia se găseau mai adeseori în materiile fecale incolore, ca decocţia de orez. Contrariu opiniunei lui Wissokovitch şi a altora, Markevitch susţine că prezenţa acestor spirocheţi ar avea importanţă şi că-i ar fi găsit mai adesea tocmai în formele grave de cholera.

Reacţiunea de agglutinare pentru constatarea specificităţei vibrionilor găsiţi se făcea cu serul de la Kronstadt, cu titlu maximum 1 : 20.000, în 8 cazuri = 1 : 15.000, în 20 cazuri = 1 : 10.000, în 16 = 1 : 5.000 şi în 16 = 1 : 2.000. Pentru confirmarea specificităţei vibrionilor se considera necesar să fie agglutinare minimum 1 : 1.000.

Relativ la formele clinice observate în spitalul Mariinskaia, după darea de seamă a d-lui Markevitch, se vede că în stadiul prodromic n'a intrat nici un bolnav în spital. Din anamneza bolnavilor însă se constată, că mulţi din ei, după ce au băut apă crudă, sau au mâncat peşte sau fructe stricate, au avut o diaree, care a durat 2—3 zile, înainte de a se ivi alte simptome. Apoi au apărut vărsăturile şi contracturile musculare. Bolnavii intraţi în stare de simplu acces de cholera, în perioda de invaziune a boalei, aveau gastralgii, sete mare, beau cu lăcomie apă rece, şi tot ce înghit varsă peste 2—3 minute; faţa trasă, anxioasă, vocea slabă, limba uscată, bătăile cordului surde, pulsul mic, însă lipsa cianozei, astfel era aspectul bolnavilor în perioada de invaziune, care dura de obiceiu 24 ore. In cazurile cu prognostic favorabil, a doua zi, vărsăturile încetau sau erau mai rare.

Pulsul devenea bun. A 3-a sau a 4-a zi, toate simptomele au dispărut, bolnavii aveau poftă de mâncare, aveau urină, de obiceiu albuminurică, limba rămânea mai mult timp încărcată.

In cazuri grave, după perioada de invaziune apărea stadiul de algiditate; diarea şi vărsăturile nu încetau, contracturele deveneau mai tari câte odată se producea opistotonos; trăsăturile feţei se grippau; apărea afonie, temperatura periferică scădea. Buzele se învineţeau, adese tot corpul devenea vânăt şi rece la pipăit. Pielea pierzând elasticitatea, zbârciturile nu se ştergeau. Pulsul era filiform sau imperceptibil. Zgomotele cordului erau surde; în plămâni se auzeau crepitațiuni.

Bolnavii se plângeau de zgomot în urechi, erau uneori agitați, alte ori cădeau într'o stare de stupoare, stau cu ochii închiși și numai din când în când cereau apă. Când bolnavul se ameliora din această stare algidă, pulsul devenea mai bun, cianoza dispărea încet încet, vărsăturile deveneau mai rare, diareea înceta și mai înainte, anuria înceta și apărea urina cu albumină și cilindri. Când după tot tratamentul întrebuințat, între care și injecții cu soluție fiziologică, pulsul nu se ameliora și cianoza nu dispărea, atunci temperatura continua să scază, starea de stupoare devenea mai profundă și în curând avea loc sfârșitul letal; cu cel puțin un sfert de oră înainte de moarte, bolnavul pierdea cunoștința, iar câte-odată începeau să delireze.

Stadiul de algiditate dura câte-odată numai câte-va ore, simptomele se agravau repede și moartea survenea; alte ori după injecții, starea algidă dispărea, însă apoi se producea din nou; un stadiu algid, care nu dispărea lung timp, era întotdeauna de un prognostic rău; bolnavii, care au trecut printr'un stadiu algid lung, chiar când nu sucombau în acest stadiu, și păreau a fi ameliorați, mureau mai târziu de uremie.

Intre simptomele perioadei de invaziune, a accesului choleric și acele ale stadiului de algiditate este o deosebire numai în intensitate și atât accesul simplu de cholera cât și starea algidă pot fi urmate de așa numitul stadiu tifoid al cholerei, (pe care l'am mai descris) caracterizat prin ridicarea temperaturei periferice mai sus de normală, prin stupoare sau întunecarea conștiinței bolnavului sau delir. Câte odată această stare în choleră se datorește unor complicațiuni pulmonare. Al 5-lea stadiu (Markevitch) și cel mai grav în cholera este starea de coma (Rumpf) sau de uremie după Markevitch.

Bolnavii din spitalul Mariinskaia, care au avut această stare au murit toți. Intervalul de timp, care trecea între stadiul algid al bolnavilor și cel de uremie, era ocupat de starea de reacțiune în timpul cărei bolnavii se simțeau mai bine, simptomele algidității și anuria dispărea, diareea și vărsăturile încetau, nu rămânea decât o stare de slăbiciune.

In același timp bolnavii, care de 2—3 nopți și zile, cât durase accesul de choleră și stadiul algid nu dormeau de loc, încep să aibă somn. Această somolenţă nu lipsea nici odată după cholera, şi în tot dauna pare naturală. Însă atunci, când starea de somnolenţă perzistă prea mult, când bolnavii încep să doarmă şi noaptea şi ziua, ori-ce sgomot ar fi în jurul lor, şi respiraţia devine greoaie, trebuie să fim îngrijiţi. În tot dauna în cazuri grave, după accalmia scurtă, care a avut loc după stadiul algid, survine starea de somnolenţă, somnul e uşor la început, apoi devine mai adânc şi tot odată se observa o dispnee inspiratorie, expiraţia rămânând normală. Din ce în ce starea de somnolenţă a bolnavului se transformă în stare soporoasă; bolnavii nu se mai deşteaptă de loc, au dispnee din ce în ce mai mare, toţi muşchii inspiratori se contractă faţa bolnanilor se congestionează şi ochii roşii, bătăile cordului însă rămân regulate, pulsul plin, mai târziu bolnavii devin insensibili şi inconscienţi cele de mai multe vărsăturile şi diareea încetează, alte-ori există entero-colită urina câte odată este executată în mod normal, adesea e incontinenţă de urină Când această stare de uremie a urmat numai de cât după starea de algiditate există anurie. Temperatura de obiceiu rămâne normală, la sfârşit scade sub 36°, une-ori însă se ridică înaintea morţei.

Stadiul de uremie, nu începe nici odată în cholera mai curând de 3 zile, de la începutul bolei, mai adesea ori, când are loc, survine în a 4-a sau a 5-a zi, cel mai târziu după 10 zile, durata lui variază de la câte-va ore până la 2—3 şi în tot dauna se termină cu moarte.

D-rul Markevitch de la spitalul Mariinskaia, în consideraţiunile asupra acestor forme grave de cholera, a căutat să atragă atenţia asupra antagonismului între simptomele stadiului algid, în care după el ar fi fenomene de excitaţie şi ale stadiului de coma sau uremie, în timpul căruia e depresiune, paralizie a sistemului nervos etc., amândouă aceste stări grave ar rezulta din intoxicarea organismului cu toxine cholerice, dar acţiunea virusului choleric ar fi complexă. Markevitch, caută să explice deosebirea simptomelor observate în cursul boalei, stadiul de uremie survenind în tot dauna după stadiul de algiditate, adese ori nu îndată dar după câte-va zile de accalmie, prin faptul că conform părerilor lui Metchnikoff, Roux şi Salimbeni, vibrionul choleric ar elabora două toxine: (fapt neadmis de alţi bacteriologi ruşi) una, adevărată toxină, elaborată în organism de vibrioni vii, deci produs activ al acestor vibrioni, ar produce simptomele stadiului algid, a 2-a toxină sau endo-toxină ar apare în sângele organismului omenesc mai târziu, după distrugerea vibrionilor și ar da stadiul uremic. Mersul cholerei la om este explicat în modul următor de Markevitch: vibrionii cholerei ar trece neactivi prin stomac, unde reacția e acidă și ar ajunge în intestine, în care găsesc un mediu favorabil pentru dezvoltarea lor.

Aci ar elabora o toxină, care iritând pereții intestinelor ar produce diareea prodromică. Apoi această toxină adunându-se în mai mare cantitate în sângele omului ar produce accesul de cholera și în cazuri grele, (când ar fi mai multă) ar da loc stadiului de algiditate. In cazuri cu prognostic bun, toxina produsă și absorbită în sângele bolnavului ar fi excretată cu urină și vibrionii de asemene dați afară. In timpul vindecărei bolnavului apoi, starea de slăbiciune și somnolența, care ar urma, ar fi cauzată de pătrunderea în sângele bolnavului a unei cantități mici de *endo-toxină*, care s'a format în urma distrugerei corpurilor vibrionilor în intestine; aceasta endotoxină este excretată în timpul poliuriei, care există când bolnavul se vindecă.

In cazuri grave, ar fi o virulență mai mare a toxinei și a endo-toxinei, din cauza unor condițiuni mai favorabile vibrionii ar pătrunde în mai mare număr în mucoasa intestinală și toxina ne putând fi toată excretată, stadiul algid, s'ar produce o reacțiune în bine a organizmului, toxina s'ar excreta, mai târziu, însă din cauza morței unui număr prea mare de vibrioni *endo-toxina* produsă, ar produce a 2-a intoxicație a organizmului, cu atât mai primejdioasă, cu cât rinichii atinși de prima toxină numai funcționează bine. Prin urmare stadiul de uremie ar fi produs nu atât prin leziunile rinichilor (anuria nu există în tot dauna) ci prin intoxicarea generală a organizmului.

Din bolnavii sucombați la spitalul Marinskaia în 57 autopsii, de 26 ori s'au găsit leziuni cronice în plamâni, pleura, cord, vase sanguine și la rinichi.

Leziuni acute ale rinichilor n'au lipsit în nici un caz; în 12 cazuri a existat pneumonie, în 8 cazuri s'au găsit leziuni de enterocolită, într'un caz a fost și pericardită.

Intre femei bolnave de cholera, au fost 5 gravide: 3 din ele, intrate în stare algidă au sucombat, 2 s'au vindecat, dar au avortat. După avort, mersul cholerei s'a întrerupt în mod brusc.

Bolnavii cu gastro-enterite, la care nu s'au găsit vibrioni de choleră s'au vindeca toţi.

Tratamentul, care era întrebuinţat în secţia de choleră la spitalul Marinskaia conzistă în următoarele: băi la 32°—35° C., fricţiuni, vin, injecţie cu camfor şi cafeină. Calomel 0.30 centigr. în prima zi; injecţii subcutanate cu soluţie fiziologică de Na Cl 0,7°/₀ şi cu soluţia Cantani (sol. fiziolog. + 10 gr. alcool la °/₀₀).

Injecţiile subcutanate se făceau cu cantităţi mari 1—3.000 pe zi; une-ori au fost urmate de abcese.

Injecţiile intravenoase s'au făcut numai în cazuri desperate şi au fost urmate de moarte. După părerea medicului spitalului ar fi produs oedem pulmonar, am văzut alţi fiind contra aecstei păreri.

S'au făcut şi entero-clise: 1. După procedeul Cantani. 2. Cu soluţie slabă de permanganat de K. 3. cu soluţia Cantani. 4. Cu soluţie fiziologică de Na Cl.

Primele două feluri de clisme se făceau la începutul boalei pentru antisepsie intestinală, celelalte, se făceau în zilele următoare pentru îndepărtarea toxinelor, s'a dat la interior şi bismuth salicilic, salol, benzonaftol, contra vărsăturilor menthol cu belladonă şi morfină cu atropină în injecţii subcutanate.

In a 2-a jumătate din luna Septembre, în 12 cazuri disperate s'a întrebuinţat serul Salimbeni, 9 din aceste cazuri au fost mortale. Având în vedere gravitatea cazurilor, nu s'a putut trage nici o concluzie în privinţa acţiunei serului.

Alte serururi anticholerice n'au fost întrebuinţate în spitalul Mariinskaia.

Spitalul Maria-Magdalena din St.-Petersburg a avut de asemene o secţie de choleră în timpul epidemiei din 1908; în această secţie care se află sub direcţiunea D-rului Keteher, bolnavii au fost trataţi ca şi în alte spitale, cu deosebirea că în câte-va cazuri a fost încercat şi tratamentul cu serul anticholeric antitoxic al prof. Kraus.

Rezultatele acestui tratament au fost consemnate într'o dare de seamă publicată de Egunoff.

Mortalitatea generală între bolnavi de choleră ia spitalul Maria-Magdalena, socotind însă numai formele grave şi de intensitate mijlocie s'a ridicat până la 60—70°/₀.

Serul prof. Kraus s'a întrebuinţat în injecţiuni intravenoase, în 14 cazuri, în luna Octombre 1908. Din cele 14 cazuri, doi bolnavi au murit după 3—4 ore, după ce li s'a făcut injecţie. La ceilalţi 12 bolnavi s'au făcut injecţiuni intravenoase cu serul anticholeric al lui **Kraus**; din aceştia, la trei bolnavi s'a injectat câte o cantitate de 100 cm. c., 150 cm. c. şi 170 cm. c. de ser cu câte 500—700 cm. c. de soluţie fiziologică de Na Cl (0,9°/₀); în două cazuri s'a injectat câte 140 cm. c. şi în 7 cazuri câte 120 cm. c. de ser. In trei cazuri s'a injectat serul, de două ori, în cantitate de 80, 110 şi 120 cm. c.; după injecţia intravenoasă cu ser, se injecta şi sub piele câte 80 cm. c. de ser cu 150 cm. c. soluţie fiziologică.

Injecţiunile se repetau în cazuri când nu se observa ameliorare după prima injecţie. Repetându-se injecţia se introducea în total câte 200—270 cm. c. de ser anticholeric.

Dintre cei 12 bolnavi trataţi mai mult timp cu ser, 10 erau într'o stare foarte gravă şi 2 cu forme de intensitate mijlocie; prognosticul se punea după starea pulsului, anuria, cianoza.

După injecţia cu ser s'a observat: 1. la 3 bolnavi nici o ameliorare; boala şi-a urmat mersul înainte şi-a survenit moartea. In toate aceste cazuri, cholera se începuse într'un mod supra-acut, statea algidă a survenit după 6 ore de la ivirea primelor simptome.

In unul din aceste cazuri, totuşi s'a observat o ameliorare de scurtă durată după injecţiuni, în alte două nici o ameliorare; bolnavii au sucombat după 17—20 ore, după prima injecţie.

In alte 4 cazuri, s'a produs ameliorare după injecţia cu ser şi bolnavii s'au vindecat. Toţi patru aceşti bolnavi, erau în stare algidă gravă înainte de injecţie: cianoză, vărsături continue, scaune riziforme, pulsul filiform, anurie. După injecţie, într'un caz ameliorarea s'a produs a 2-a zi, vindecarea în 7 zile; în al 2-lea caz, ameliorare peste 2 zile, timp de o zi scaune sanguinolente, apoi vindecarea fără complicaţiuni. In al 3-lea caz, la un emfizematos, care avusese o diaree prodromică timp de 28 ore; ameliorare peste 8 ore de la injecţie şi vindecare. In fine, la al 4-lea bolnav, care se afla într'o stare ceva mai puţin gravă înainte de injecţie, ameliorarea s'a produs după o zi de la injecţie, vindecarea a fost ceva mai târziu.

După injecţie la aceşti 4 bolnavi, a apărut albuminurie. 3. In alte 5 cazuri, după ce s'au făcut injecţii boala a luat o formă sub acută şi a fost însoţită de complicaţiuni; din aceşti 5 bolnavi, trei au sucombat şi 2 s'au vindecat.

Din aceşti 5 bolnavi, 4 au avut o formă foarte gravă de choleră şi unu, o formă de intensitate mijlocie.

Intr'un caz, intrat la 17 Oct. 1908, după o diaree prodromică de 7 zile, acces choleric, după 7 ore stare algidă, injecţie cu 120 cm.c., cu serul Kraus, ameliorare imediată, care a durat 8 ore apoi din nou pulsul mic, anurie, la 20 Octombre a 2-a injecţie cu 80 cm. c. de ser, nici o ameliorare; somnolenţă, stare de depresiune timp de 3 zile; la 24 Octombre coma şi deces.

In alte două cazuri arterioscleroză şi suflu la cord şi moarte după 4 şi 14 zile de la prima injecţie, cu simptome de nefrită.

In 2 cazuri, vindecare; au fost însoţite cu eritem şi albuminurie.

Din 12 bolnavi trataţi cu serul Kraus, 6 au sucombat, deci 50% mortalitate.

Concluziunile, la care ajunge Egunoff, în darea lui de seamă asupra bolnavilor de choleră care au fost trataţi la spitalul Maria-Magdalena cu serul Kraus, ar fi următoarele:

1. Injecţiunile intravenoase cu serul prof. Kraus, în cantitate de câte 140 cm. c. cu câte 500—700 cm. c. de soluţie fiziologică (0,9%) sunt bine suportate de bolnavii şi nu sunt urmate de nici o complicaţie.

2. Cazurile când s'a produs o ameliorare subită după o injecţie cu ser şi urina a devenit normală, deşi au fost mai multe, nu ne dau încă dreptul să afirmăm, că ameliorarea sau vindecarea în aceste cazuri s'ar fi produs din cauza serului întrebuinţat.

3. In cazuri când nu s'a produs ameliorare în starea bolnavului după prima injecţie cu serul Kraus nu s'a produs nici după a 2-a injecţie.

4. In cazuri, când după prima injecţie cu ser, bolnavii se îndreptau din starea de algiditate şi după ce au avut anurie timp de 2—3 zile, începeau să excrete urina, totuşi încă erau sub primejdia unei nefrite consecutive, frecuenţa căreia nu a fost întru nimic micşorată printr'o a 2-a injecţie cu ser.

5. Deşi a existat oare-care deosebire între mortalitatea bolnavilor de choleră, care nu au fost trataţi cu serul lui Kraus şi care au murit 75% şi a celor trataţi cu acest ser; mortalitate 50%, totuşi această deosebire încă nu probează nimic din cauza micului număr de cazuri, în care s'a aplicat acest tratament.

6. Valoarea terapeutică a serului lui Kraus e încă dubioasă, şi nu trebuiesc părăsite celelalte metode de tratament.

In intervalul de timp de la 3—22 Octombre 1908 în acelaşi spital au fost alţi 34 bolnavi cu choleră, care n'au fost trataţi cu ser anticholeric; din aceştia au fost 15 cu formă gravă de cholera, 9 cu o formă de intensitate mijlocie şi 10 bolnavi uşor.

Din aceşti 34 bolnavi au murit 18 şi s'au vindecat 16, deci o mortalitate de 52,9°/₀. Dacă însă se consideră numai cazurile grave şi mijlocii, deci 24 bolnavi, au murit 75°/₀. 11 bolnavi, care au intrat în stare algidă la spital şi n'au fost trataţi cu ser au murit toţi. Deci s'ar părea că totuşi serul lui Kraus în acele câte-va cazuri, în care a fost întrebuinţat a avut oare-care influenţa favorabilă. Am descris încercările de tratament făcute în câte-va din spitalele din Petersburg cu seruri specifice anticholerice; am văzut că în genere injecţiile atât cele subcutanate cât şi cele intravenoase s'au făcut cu seruri în totdeauna în amestec cu cantităţi variabile dar în tot dauna considerabile de soluţie fiziologică, am arătat şi tratamentul numai cu injecţie cu soluţie fiziologică, făcute în mod sistematic, pe cale intravenoasă şi subcutanată, care au dat rezultate aşa de bune la spitalul Obuchovski (comunicarea d-rului Jitkoff). Injecţiile cu soluţie fiziologică făcute când pe calea intravenoasă, când numai pe cale subcutanată, s'au întrebuinţat în toate spitalele.

La spitalul Alexandrovski s'a întrebuinţat ca principalul tratament la bolnavi de cholera, în epidemia actuală, injecţiile cu soluţie fiziologică făcute *numai sub piele* în cantităţi mari.

Rezultatele acestui tratament au fost publicate de dr. Vasilieva (R. V. No. 20 1909).

In spitalul Alexandrovski soluţia fiziologică de NaCl se introducea încălzită la temp. de 42°, sub piele în regiunea abdominală în cantitate de 500—1500 cm. c. odată, de obiceiu câte 1 litru odată, până la 6 litri cu totul, în intervalul de 1—3 zile. Făcând injecţiile numai pe cale subcutanată, medicii spitalului se bazau pe consideraţiunile lui Cantani (anul 1884) că, prin injecţiuni subcutanate soluţia fiziologică se absoarbe gradat şi se amestecă cu sângele organizmului încet încet şi în mod egal şi ca rezultat urmează o acţiune mai îndelungată a injecţiilor; pe când soluţia fiind injectată în vene întrerupe curentul sângelui şi amestecul cu sângelui se face mai greu din cauza concentrărei acestuia în cholera; de asemenea un alt medic rus Püritz, în epidemia din anul 1892

(R. Vr. 1892) a făcut injecţii subcutanate în holeră cu câte 3.000 cm. c. odată soluţie fiziologică şi câte 7—13 litri în 24 ore şi a avut o mortalitate foarte mică; în favoarea acestui tratament faţă de acela cu injecţiuni intravenoase, acest din urmă autor susţinea că: prin injecţiuni subcutanate rezerva de lichid necesar organismului se introduce în ţesutul celular subcutanat şi ast-fel sângele s'ar reînnoi pe cale naturală; din contra lichidului fiind introdus direct în vene, ar fi ca un corp străin în sângele organismului şi deci condamnat să fie eliminat cât mai repede.

Bolnavi trataţi cu injecţiuni subcutanate de apă în spitalul Alexandrovski au fost 129; din aceştia 64 bărbaţi şi 53 femei; s'au vindecat 50, au sucombat 79. Prin urmare procentul mortalităţei a fost egal cu 61,2°/$_0$. Bolnavii, la care sau făcut injecţiuni erau toţi cu forme grave de choleră confirmată prin examen bacteriologic; aveau pulsul filiform sau imperceptibil, bătăile cordului surde, cianoza accentuată, răcire a extremităţilor, dispnee şi contracturi.

Din cei sucombaţi, au murit: în primele 24 ore 9 deci 11,29°/$_0$; a 2-a zi 17=21,5°/$_0$ etc., 49 bolnavi din cei 79 sucombaţi au murit în primele 4 zile după începutul boalei, în stare algidă; cei-lalţi 32 au murit între a 5-a—17 zi de boale; 29 ultimii au sucombat în stare tifoidă şi 3 de complicaţiuni.

Cei 50 bolnavi, care s'au vindecat au stat în spital un interval de timp variabil de la 2 săptămâni — 6 săptămâni.

Bolnavi, care au avut starea tifoidă au fost 37, din care au murit 29, deci mortalitate 78,3°/$_0$ ca această formă de choleră. Dintre cei cu stare algidă 92 au murit 47, procentul mortalităţei=51°/$_0$.

După timpul în care s'au făcut injecţiunile, variau şi rezultatele; cu cât injecţiile începeau să se facă mai de timpuriu, la începutul boalei şi rezultatul era mai favorabil: injecţiile făcute în 1-a zi de boală, la 59 bolnavi au dat 30 vindecări, 29 morţi deci mortalitate 49,1°/$_0$; a 2-a zi la 23 bolnavi, 10 vindecări 13 morţi; mortalitate 56,5°/$_0$; a 3-a zi la 14 bolnavi, 5 vindecări, 9 morţi = mortalitate 64,8°/$_0$; a 4-a zi la 15 bolnavi, 4 vindecări 11 morţi = mortalitate 73,3°/$_0$; a 5-a zi la 6 bolnavi, 1 vindecare, 5 morţi = mortalitate 83,3°/$_0$; mai târziu de 6 zile la 12 bolnavi, o vindecare, 12 morţi = mortalitate 100°/$_0$.

Procentul total de mortalitate = 61,2 la bolnavi trataţi cu aceste injecţii a fost mare; trebuie însă să se aibă în vedere că injecţiile s'au făcut numai la bolnavi gravi, în 12 cazuri în timpul agoniei, şi în 9 cazuri în forme supra acute când boala a durat mai puţin de 24 ore; excluzând aceste 21 cazuri din numărul total de 129 trataţi, procentul mortalităţei ar fi de 53,4°/₀. Cei mai mulţi, adică 84 din cei 129 bolnavi, erau muncitori cu ziua, care trăiseră în condiţiunile sociale şi sanitare cele mai rele şi erau debilitaţi din cauza traiului anterior.

Mortalitatea generală a bolnavilor de cholera trataţi în acest spital în primele 4 luni de epidemia anului 1908, fusese de 52,8°/₀, iar acea a cazurilor cu formă gravă şi mijlocie de 66,3°/₀.

Imediat după injecţie se observa mai în totdauna ameliorare în starea bolnavului: apariţia manifestă a pulsului, dispariţia cianozei şi a contracturelor etc., însă această ameliorare din nenorocire era adese de scurtă durată şi injecţiile următoare numai aveau acelaş succes.

Injecţiile făcute la bolnavi cu stare tifoidă erau mult mai puţin eficace de cât la cei în stare algidă. Abcese şi flegmoane nu s'au observat nici odată după aceste injecţiuni.

In acelaşi spital injecţiuni intravenoase cu soluţie fiziologică s'au făcut în 7 cazuri şi din aceste în 6 cazuri bolnavii au sucombat.

Comparând rezultatele obţinute la spitalul Alexandrovski prin tratamentul cu injecţiuni subcutanate de soluţie fiziologică, cu acele date de injecţiuni intravenoase, din spitalul Obuchovski, Botkinskaia şi altele, trebuie să înclinăm în favoarea acestor din urmă, cu toate părerile contrarii, teoretice.

In epidemia de cholera la St.-Petersburg a fost interesant de urmărit şi morbiditatea şi mortalitatea cholerei după vrâste şi particularităţile epidemiei între copii.

In spitalul comunal de copii din St. Petersburg au fost bolnavi de cholera, de la 27 August 1908 până la 1 Ianuarie 1909: 321 copii, iar socotind şi pe cei suspecţi de cholera, cu totul 480 cazuri. Din cei 321 bolnavi, 4 au fost trataţi cu infecţiuni mixte, cholera complicată cu difterie şi rugeolă, deci numai 317 cazuri de cholera bine determinată şi confirmată. Din aceşti 317 bolnavi, au sucombat 167 şi s'au vindecat 150; procentul mortalităţei a fost prin urmare de 52,8°/₀ şi 47,2°/₀ procentul vindecaţilor.

Spitalul comunal de copii din St. Petersburg, se află sub conducerea d-rului Zotoff, şi în privinţa copiilor trataţi de cholera în acest spital a avut loc o comunicare a d-nei Klebanski la societatea medicilor de copii din St. Petersburg.

Pavilionul de cholera de la spitalul de copii, cuprinde mai multe săli, în cari bolnavii erau împărţiţi după categorii de gravitate a boalei. La fie-care 25 bolnavi era câte un medic, la fie-care 15 bolnavi, câte două surori de caritate şi la fie-care 5 bolnavi câte două infirmiere. Cel mai mare număr de bolnavi a fost în ziua de 17 Septembrie = 127 copii în pavilionul de cholera.

Mortalitatea la copii bolnavi de holeră a variat mult după vârstele bolnavilor.

Ast-fel: din 27 copii în vârstă de la 0 — 1 an, intraţi în pavilionul de cholera au murit 21. deci mortalitate de 77,75°/₀; din 70 copii în vârstă de la 1 — 2 ani, au murit 54 (77,1°/₀; din 50 în vârstă de la 2—3 ani, au sucombat 33 (66°/₀); din 55 în vârstă de la 3 — 5 ani, au sucombat 26 (47,2°/₀); de la 5 — 10 ani, din 85 au sucombat 26 (30,5°/₀); din 20 mai mari de 10 ani, au sucombat 4 (20°/₀).

Din 308 bolnavi cholerici, cu simptome clinice evidente, vibrioni de holeră au fost constataţi la 208 inşi. Cei mai mulţi copii bolnavi de cholera au fost în vârsta de la 5 — 10 ani.

Cei mai mulţi copii bolnavi intraţi cu cholera, au fost primiţi în ziua de 13 Septembrie 1908 anume 23 într'o zi. In toată luna Septembrie au intrat 80°/₀, din toţi bolnavii trataţi până la 1 Ianuarie 1909. Cel mai mare procent de mortalitate, între bolnavii de cholera, a fost în primele 10 zile de epidemie de la 27 August, data intrărei primilor bolnavi de cholera, la spitalul de copii, până la 7 Septembrie 1908, mortalitate 64,4°/₀.

Din 308 bolnavi de cholera au fost 170 băeţi, din cari au murit 98, mortalitate 57,6°/₀; 138 fete, din cari au murit 66, mortalitate 43,4°/₀.

Dintre bolnavii de cholera, din spitalul de copii, din cei 308, 111 au venit din focare infectate, adică din case şi mai adeseori din familii, în care mai fuseseră şi alţi bolnavi de cholera.

In general anamneza a arătat că 40°/₀ din cazuri au fost din locuri deja infectate.

După cartierele oraşului, cei mai mulţi copii bolnavi, au venit din Alexandro-Nevski şi Petersburgskaia, cari sunt cartiere în deobşte locuite numai de muncitori.

Primul bolnav, care a intrat cu simptome de cholera, la spitalul de copii, a fost la 27 August 1908, venit din suburbia oraşului Ohta, adică din suburbia unde s'a început epidemia la 25 August;

era bolnav de câte-va ore, avea vărsături şi diaree. Cu o zi înainte i se îmbolnăvise de aceiaşi boală un frate, care şi sucombase. Peste 4 zile a fost adus la spital şi un al 2-lea frate, care a sucombat de asemenea. Copilul primit la 27 August, era palid, cu cianoza mucoaselor, pielea rece, ochii traşi, limba uscată. Abdomenul moale nedureros. Pulsul filiform, sete mare, vărsături şi diaree riziformă. S'a făcut injecţie subcutanată cu 200 cm. c. soluţie fiziologică. Temperatura 37°, pulsul mai bun a 2-a zi. A 4-a zi vărsăturile încetează. A 5-a zi stare inconştientă. Pupilele nu reacţionau, pulsul dicrot, A 6-a zi temperatura 38°, bătăile cordului surde, pulsul filiform dispare, deces. Această observaţie a primului bolnav intrat, arăta mersul tipic a cholerei.

In alte cazuri au avut loc însă şi contracturi musculare, cari au lipsit de la bolnavul de mai sus, şi au fost în 48 cazuri, deci numai în 15,5°/₀ din toţi bolnavi, şi au fost mai dese la copii mai mici, şi mai cu seamă în stadiul de algiditate.

In câte-va cazuri, s'au observat şi în stadiul tifoid, au fost chiar convulsiuni clonice şi tonice şi la un copil de 6 luni au fost însoţite de sughiţuri. Copii, cari au avut convulsiuni şi contracturi au murit cei mai mulţi în stare algidă şi 4 în stadiul tifoid.

Diareea exista în tot-deauna, exceptând cazurile, când copii veneau deja în stare de agonie. Materiile fecale nu erau în tot-deauna riziforme, dar adese colorate, galbene cu mucozităţi. Diareea însă, arare ori era continuă, mai adese erau 3—4 scaune pe zi. In forme de choleră nu prea intensă, diareea înceta după 7—12 zile.

Vărsăturile în cazurile uşoare, lipseau cu totul, şi anume în 33 cazuri; în cazuri grele erau tot-deauna vărsături, cari durau timp de 2—3 zile şi încetau de obiceiu a 4-a zi. Au fost însă şi cazuri, când vărsăturile după ce încetase, apăreau din nou în stadiul de reacţiune şi durau până la 13 zile. Bolnavii aveau tot-deauna sete mare şi beau apă, până şi în stare de coma înainte de moarte.

Agonia era foarte rară la copii. Cianoza de obiceiu nu era tare accentuată şi numai în 3 cazuri era tot corpul cianozat; de obiceiu se observă mai mult în jurul ochilor, în cât medicii ajunse să pună diagnosticul de holeră după aspectul ce 'l prezentau ochii bolnavilor, adânciţi şi înconjuraţi cu un cerc vânăt împrejur, chiar în cazuri uşoare de choleră.

Temperatura la copii bolnavi de choleră nu era în tot-deauna subnormală, adesea în a 2-a — 3-a zi era de 36^5, 37° sau şi 38°; în prima zi varia de la 35°—55°.

Din anamneza copiilor bolnavi, arare ori se putea afla ceva sigur; nu s'a putut demonstra nici existenţa diareei prodromice. In genere se spunea că boala a început brusc. Mai adese ori copii bolnavi de choleră intrau în spitalul de copii fiind deja în stadiul algid; din toţi bolnavii au intrat în stadiul de algiditate 258 copii, adică $83,8^0/_0$ din cazuri, 5 copii au intrat în stare tifoidă, cu temperatura 38°— 38°,5 şi 45 copii în a doua sau a treia zi a boalei. Dintre bolnavii intraţi în stadiul de algiditate, unul a murit peste 15 minute, cei mai mulţi mureau peste câte-va ore. In stare algidă au sucombat 80 copii. Copiii, cari mureau în această stare, adese treceau în mod insensibil de la viaţă la moarte. Se răcea copilul încet încet, pulsul din ce în ce nu se mai putea percepe şi în fine pe nebăgate de seamă, înceta respiraţia.

Când bolnavii nu mureau în stare algidă, treceau în stadiul tifoid. Stadiul tifoid, câte odată, era numai stadiul de reacţiune a organismului, nu anunţa agravarea boalei; tabloul clinic era acelaş caracterizat prin somnolenţă, slăbiciune, pulsul frecvent şi mic, abdomenul umflat, limba încărcată, injecţia pericorneană a vaselor, faţa congestionată, pielea caldă. Temperatura une-ori era normală, alte ori mai ridicată până la 38°7. Sfârşitul era sau vindecare sau coma şi moarte. Din 90 bolnavi, cari au trecut prin acest stadiu la spitalul de copii, după darea de seamă a d-nei Klebanski (R. Vr. No. 20, 1909), au murit 55 adică $61^0/_0$ şi s'au vindecat 35. In genere cam $^1/_3$ din copii morţi de choleră au sucombat în stare tifoidă.

Au fost trei cazuri de moarte prin *pseudo-meningită*. Bolnavii intraţi cu simptome de choleră, uşoară, în stare generală bună, care a persistat 3 — 4 zile, apoi simptome de meningită, ţipete hidrencefalice, convulsiuni şi rigiditate a muşchilor, etc. La autopsie s'a găsit iperemie şi oedem al meningelor şi al creerului.

In această privinţă am mai pomenit de un caz al unui copil mort în oraş, cu simptome de meningită, şi diagnosticate ca atare, în scaunele căruia s'au găsit vibrioni cholerici.

De altă parte, ca complicaţiuni din partea sistemului nervos, în timpul cholerei, s'au mai citat în epidemia actuală din St. Petersburg, două cazuri de tetanie în spitalul Obuchovski. La doi adulţi, (comunicarea lui Ghizet, R. V. No. 20), caracterizate prin contracţiuni convulsive, durereroase, în ambele mâini şi prin simptomele lui **Chvostek** şi **Trousseau**. Un alt caz de o complicaţiune din partea sistemului nervos, acesta consecutiv cholerei, a fost comunicat tot din spitalul Obuchovski; cazul unei nevrite a nervului plantar stâng, începute după 17 zile de la vindecarea cholerei; în etiologia acestui din urmă caz, nu s'a putut găsi altă cauză de cât această boală infecţioasă. De alt-fel însă complicaţiunile din partea sistemului nervos, n'au fost observate de cât foarte rar în cholerǎ, deşi lucrări anatomo patologice, făcute în ultimul timp în Rusia, (**Mihailoff**, **Hanutine**), asupra leziunilor în choleră, ar fi arătat existenţa unor modificări în celulele nervoase a creerului şi în celulele din coarnele anterioare a măduvei spinale. La spitalul de copii s'a observat şi faptul, că prognosticul e greu de pus în cazuri de choleră la copii. Au fost multe cazuri, când copii primiţi cu stare generală bună, au căzut peste câte-va zile în stare gravă, şi au sucombat pe neaşteptate. De altă parte copii veniţi în stare algidă, gravă, s'au restabilit destul de repede.

Alte complicaţiuni observate în spitalul de copii, au fost: câte va cazuri de *diaree rebelă*; s'a terminat într'un cas după 7 zile de boală. In 5 cazuri scaune sanguinolente, şi într'un cas hematemeză.

In 10 cazuri, la bolnavi în stare tifică s'au ivit simptome de broncho-pneumonie. Albuminurie a fost numai în cazuri grele.

In 10 cazuri au fost erupţiuni eritematoase, însoţite de ridicare de temperatură, arare ori urmate de descuamaţie.

Tratamentul cholerei la spitalul de copii a consistat în băi căldicele, încălzire, injecţiuni cu oleu camforat 5%; apoi injecţiuni subcutanate cu soluţie fiziologică de sare la temperatură de 39°—40° în cantitate de 100—300 cm. c. după etate, repetate după necesitate de 3—4 ori pe zi. Calomel, câte 0,01 centigrame pe an de vârstă, la fie-care oră, până la efect. Stimulante, digalen, camfor; de 3 ori pe zi, entero-clisme cu soluţie fiziologică, au fost de asemenea întrebuinţate, dar din cauza greutăţilor în această operaţiune la copii mici, s'a făcut mai mult la copii mai mari, de la 4—5 ani în sus, şi au avut rezultate foarte bune.

Inainte de a termina aceste câte-va consideraţiuni culese atât din observaţiuni personale, cât şi din dările de seamă şi lucrările autorilor ruşi asupra cazurilor clinice şi terapiei în epidemia actuală din St. Petersburg, vreau să rezum câte-va păreri în această privinţă şi să mai spun câte-va cuvinte asupra măsurilor de profilaxie şi de desinfectare din spitalele Petersburgului.

După părerea igieniştilor ruşi, între alţii medicul şef al spitalului Obuchovski, Netchaeff, epidemia actuală, întru cât s'a putut vedea din anamneza majorităţei bolnavilor, din acest spital, (şi din altele), s'a datorit infecţiunei din apă; cazurile dovedite de contagiune, prin contact, au fost mult mai puţine. De aceiaşi părere a fost şi dr. Kraus din Viena. Terapia holerei, în epidemia din St. Petersburg s'a îmbogăţit mult cu experimentările făcute cu diferite seruri anticholerice, între care medicii ruşi insistă asupra efectului favorabil, produs de întrebuinţarea serului anticholeric, preparat în Rusia, acela al maestrului I. Şurupoff, care ar fi micşorând mortalitatea de la 43,9°/₀ (media mortalităţei în această epidemie), la 29,9°/₀.

Pe lângă experimentările cu seruri anticholerice, s'a practicat pe o scară largă, tratamentul în cazuri grave, cu injecţiuni intravenoase şi subcutanate de soluţie fiziologică de Na Cl; deosebirea între tratamentul cu aceste injecţiuni, întrebuinţat şi în epidemiile anterioare şi în timpul curent a consistat în cantităţile de apă introdusă, care actualmente au fost în deobşte de 3000 cm.c. odată şi repetate în mai multe rânduri, până la 15 — 18 litri în 24 ore. Trebue însă să spun şi faptul, că afară de spitalul Obuchovski, în cele-lalte spitale, aceste injecţiuni s'au întrebuinţat în deobşte numai în cazurile grave şi în formele algide.

Cazurile clinice de cholera de o intensitate mijlocie şi cele uşoare, au fost tratate în general după metodele vechi şi tratamentul simptomatic, n'a fost părăsit nici în cazurile mai grave, tratate cu seruri specifice, fie cu injecţiile masive de soluţie fiziologică.

In spitalul Obuchovski, au fost trataţi cu totul 1407 bolnavi. (Din August 1900 până în Martie 1909) şi din aceştia s'au vindecat 812, au murit 590; procentul general de mortalitate 41,9°/₀ care reprezintă media mortalităţei bolnavilor de choleră, trataţi după diferite metode. Am văzut variabilitatea procentului mortalităţei în dările de seamă din diferite spitale, de la 37 — 75°/₀, după gravitatea formelor clinice şi timpul epidemiei.

Lucrările făcute în laboratoriile diferitelor spitale asupra persistenţei vibrionilor în scaunele bolnavilor, reacţiunei de fixare a complementului, modificările indicatorului opsonic, a reacţiunei de aglutinare, a serului sanguin, de la bolnavii de choleră, au dat oarecari rezultate practice, în privinţa diagnosticului boalei.

Cu toate rezultatele favorabile obţinute în unele spitale, epidemia actuală din Petersburg, s'a arătat până acum de o intensitate mai mare, de cât cea precedentă din anii 1792—1895, atât ca număr de cazuri, cât şi ca mortalitate.

In momentul când termin această modestă dare de seamă, după o scurtă încetare de câte-va zile, în ultimele zile din luna Mai, pare a se începe din nou recredescenţa epidemiei şi după ştirile publicate majoritatea cazurilor noui a avut loc, în populaţiunea muncitoare din portul comercial şi de pe vapoarele din Petersburg, fapt care ar confirma din nou părerea susţinătorilor infecţiunei din apă. Examenele bacteriologice cele mai recente a apei din Neva au arătat din nou prezenţa vibrionilor.

Intru cât priveşte măsurile de profilaxie, izolare şi desinfectare în secţiile de cholerici la Petersburg, le am citat deja în treacăt. Ca să mai revin asupra lor, am de adăugat următoarele:

La spitalul Obuchovki, bolnavii de choleră erau concentraţi în 4 paviloane separate; toate pavilioanele din acest spitaì sunt de lemn. 60, 70, 90 şi 100 locuri. Desinfectarea rufelor, a băilor se făcea cu soluţie de sublimat şi acid fenic, de asemenea cu aceiaşi soluţie, personalul se spăla pe mâini. Latrinele din pavilioanele de cholerici erau desinfectate; escreţiunile bolnavilor se desinfectau cu soluţie carbolică şi apoi se scotea în vase speciale pentru a se vărsa în aparate de fierbere, instalate încă din anul 1892; în aceleaşi aparate se scurgeau şi apele murdare, lăturile din pavilioanele de choleră. Cam aceleaşi măsuri se luaù şi la spitalul de infecţioşi Botkinskaia, în pavilioanele cu cholerici, care erau 3.

In spitalul Marinskaia şi la Petropavloskaia, excreţiunile bolnavilor şi rufele, înainte de a fi supuse la firbere se amestecau cu soluţie cresolică. Pardoseala din pavilioane se spăla în fie-care zi cu soluţie de sublimat $^1/_{2000}$; soluţia de sublimat servea în toate părţile pentru desinfectarea mâinilor personalului. Saltelele şi pernele, cari aù fost întrebuinţate în timpul epidemiei în pavilioanele de choleră se ardeau mai târziù.

Apele de scurgere, lăturile de scurgere din secţiile de choleră erau în tot-deauna supuse la fierbere înainte de a se vărsa la canal.

Ceea ce a lăsat de dorit însă, la spitalele din Petersburg, în timpul de epidemie de choleră, a fost, pe deoparte, insuficienţa locurilor pentru bolnavi şi ca unul din rezultatele acestei insuficienţe, punerea la un loc a bolnavilor suspecţi, cu bolnavi, cari aveau cholera confirmată; despărţirea bolnavilor pe categorii s'a făcut numai la spitalul de copii.

Pe de altă parte insuficienţa şi lipsa de educaţie specială a personalului inferior, de unde rezulta că şi măsurile prescrise de desinfectare, precum şi cele de izolare a personalului, nu se aplicaŭ cu practică în tot-deauna, precum am avut ocaziunea să constat din parte-mi personal în nenumărate rânduri, mai ales în timpul de descreştere a epidemiei, în Decembrie şi Ianuarie 1909, când în general teama de choleră, care existase în primele timpuri, trecuse şi personalul se obicinuise cu vederea bolnavilor de choleră. Deci măsurile riguroase prescrise, de fapt nu se aplicau nici în spitale, nu mai vorbesc de bolnavi sucombaţi şi trataţi pe la domiciliile lor de sigur fără ştirea medicilor comunali şi prin urmare rămâne şi mai surprinzător faptul că cazurile de contagiune prin contact n'au fost mai numeroase.

FAPTE CLINICE

Spitalul Brâncovenesc. — Serviciul d-lui Prof. Buicliu

DANIEL G. DANIELOPOLU

Un cas de sindrom Adams-Stokes
cu
disociaţie auriculo-ventriculară

In majoritatea cazurilor de puls lent permanent publicate înainte de descripţia fasciculului lui His, autorii (Charcot, Brissaud, Neubürger şi Edinger, etc.,) insistau asupra leziunilor nervoase puţin importante găsite la necropsie, leziuni cărora erau atribuite turburările din timpul vieţei.

De când se cunoaşte mai bine modul cum se face conducţiunea excitaţiunei în cord, anume de la lucrările lui Engelmann, Gaskell, Kent, His, concepţiunea patogenică a sindromului lui Adams-Stokes, s'a schimbat cu totul.

His a dat în 1893 o descripţie completă a unui fascicul muscular, întrevăzut mult timp înainte de Paladino, care ar avea funcţiunea de a conduce excitaţiunea de la auricul la ventricul.

Deasupra septului fibros interauriculo-ventricular se află o reţea musculară complicată, care formează partea cea mai groasă a porţiunei auriculare a fasciculului, denumită de Tawara *nodul sistemului auriculo-ventricular*.

De la acest punct pleacă două prelungiri:

Una posterioară mică, care se îndreptează îndărăt înspre împrejurimile sinului coronar, unde celulele sale se continuă cu fibrele ţesutului muscular auricular; o a doua prelungire anterioară, care trecând în septul interventricular, formează cea mai mare parte din sistem. Aceasta din urmă este dirigeată în jos şi puţin înainte, traversează septul fibros interauriculo-ventricular şi intră în partea superioară a septului, care separă cei doi ventriculi, unde se desparte în două ramuri inegale.

Ramura stângă, cea mai dezvoltată, se îndreptează în afară şi, ajungând sub endocardul, care tapteazä peretele intern al ventriculului stâng, se lărgeşte progresiv descinzând către vârful cordului.

După un parcurs mic, ramura stângă emite numeroase ramificaţii cari se anastomozează bogat între ele, formând o reţea musculară pe tot peretele intern ventricular stâng.

Ramura dreaptă, mult mai puţin dezvoltată, are un traiect lung de 2 c. m. în chiar grosimea septului, şi numai mai jos ajunge sub endocard, unde se termină în ventriculul drept în acelaş mod ca şi ramura stângă în ventriculul corespunzător.

Intregul sistem este independent de restul fibrelor miocardice, fiind înconjurat pretutindeni de o teacă de ţesut conjunctiv; la capete din contra, fasciculul lui His se continuă după cum a arătat Tawara cu fibrele musculare cardiace, auriculare pentru capătul superior, ventriculare pentru cel inferior.

Fibrele musculare, cari compun sistemul de conducere auriculo-ventricular sunt diferite de fibrele comune ale miocardului, ele se apropie mai mult de ţesutul muscular embrionar.

După vederile majorităţei fiziologiştilor moderni, fasciculul lui His posedă el însuşi proprietatea de conducere a excitaţiunei de la auricul la ventricul.

Engelmann şi partizanii teoriei miogene a contracţiunei cardiace, susţin că atât excitabilitatea cât şi cele-lalte două proprietăţi principale ale miocardului (contractilitatea şi conductibilitatea) sunt proprietăţi inerente fibrei musculare cardiace; sistemul nervos intra și extra-cardiac are numai rolul de a modifica în sens pozitiv sau negativ aceste trei proprietăți principale ale fibrei musculare cardiace.

Punctul unde iea naștere contracțiunea cardiacă se află în porțiunea terminală a venelor mari, la nivelul locului unde aceste se deschid în auricul (1).

De aci excitațiunea se transmite *prin țesutul muscular chiar* și fără intervenția fibrelor nervoase, la fibrele musculare ventriculare.

S'a susținut că în ori-care punct al cordului ar fi aplicat un excitant, contracțiunea ar începe totdeauna în auricul, de unde s'ar transmite în urmă la cavitățile ventriculare.

Dacă lucrul ar fi exact, acest fapt ar fi defavorabil teoriei miogene, de oare-ce el ar proba că contracțiunea s'a produs în urma unui reflex, și că prin urmare intervențiunea nervilor intracardiaci în contracțiunea cordului este indispensabilă.

Or este probat că, dacă se excită ori-care parte a cordului, prima regiune, care răspunde la această excitațiune este chiar punctul atins, de unde ea se propagă în toate sensurile urmând direcțiunea unor raze. Porter a demonstrat în adevăr într'un mod evident acest fapt, atât pentru ventricul, cât și pentru sinul venos și auricul.

Un fapt important care este în favoarea teoriei miogene a lui Gaskell-Engelmann este următorul: între începutul contracțiunei auriculare și începutul contracțiunei ventriculare există un interval considerabil (*as—vs*) în raport cu mica distanță, ce excitațiunea are de parcurs. Acest interval în adevăr ține 0",12 în stare normală, adică atât cât durează contracțiunea auriculară.

Lunga durată a trecerei excitațiunei de la auricul la ventricul, nu concordă cu o conducțiune pe cale nervoasă, căci transmisiunea în fibrele nervoase se face cu o viteză mult mai mare.

Dacă admitem calea musculară, natura embrionară a celulelor cari compun fascicului lui His, explică foarte bine durata lungă a intervalului dintre sistola auriculară și cea ventriculară.

Se știe în adevăr, de la cercetările lui Fano făcute pe cordul animalelor cu sânge cald, că conducțiunea este mult mai lentă în fibrele musculare embrionare de cât în cele adulte.

---

(1) Fenomenul se poate constata foarte bine pe cordul animalelor cu sânge rece, mai cu seamă după excitațiunea nervului pneumogastric. In acest mod ne putem da bine seamă că contracțiunea venelor mari, precedă contracțiunea sinului venos care se produce înaintea contracțiunei auriculare, după aceasta urmează cea ventriculară.

Cercetările experimentale ale lui Gaskell la broasca ţestoasă, Eckard şi Hoffmann la broască, sunt demonstrative şi conchid pentru conducţiunea excitaţiunei exclusiv în fibra musculară cardiacă.

Aceşti autori au tăiat complect firişoarele nervoase cari trec de la sinul venos la ventricul, ast-fel în cât acesta nu era lipit de primul decât printr'o fâşie foarte subţire de ţesut muscular. Această operaţiune nu împedică cu toate acestea ca contracţiunea plecată din sinul venos să ajungă la ventricul.

S'a făcut de asemenea experienţa inversă, secţionând toate fibrele musculare şi lăsând intacţi nervii în chestiune. După această operaţiune, conducţiunea excitaţiunei nu mai era posibilă.

La aceleaşi rezultate au ajuns de asemenea Wooldridge, Tigerstedt, Krehl şi Romberg, cari au practicat aceste două serii de experienţe pe cordul câinelui.

De altă parte His a arătat că intervalul dintre contracţiunea auriculară şi cea ventriculară există deja în cordul de pui înaintea apariţiunei nervilor în acest organ, adică într'un moment în care ori-ce cale nervoasă este exclusă.

Toate aceste fapte sunt favorabile părerei partizanilor teoriei miogene, după care conducţiunea excitaţiunilor în cord, s'ar face chiar prin celulele musculare ale fasciei lui His.

O leziune a sistemului auriculo-ventricular aduce după sine o turburare în funcţiunea de conducţiune a excitaţiunei.

In primul grad, cu o leziune puţin însemnată a sistemului, constatăm o mărire a intervalului între debutul sistolei auriculului şi cel al contracţiunei ventriculului.

Sunt cazuri în adevăr unde intervalul *as—vs* trece de la 0″,12, ca în stare normală, la 0,35″ sau chiar la 0″,50.

Această întârziere se explică în modul următor: după fie-care contracţiune cardiacă urmează în stare normală o *perioadă refractară*, în timpul căreia conductibilitatea în miocard este abolită, în acest timp şi cele-lalte două proprietăţi principale ale miocardului, (excitabilitatea şi contractilitatea) sunt abolite. In diastolă această proprietate reapare în mod progresiv, cu cât ne apropiem de finele acestei perioade, moment în care conductibilitatea este maximă.

Aceasta se petrece, când fascicului lui His este sănătos. Când există din contră o alteraţiune a acestui sistem, *reapariţiunea conductibilităţei în miocard se face într'un timp mai lung*, sau mai bine zis *perioada refractară este mai mare.*

Cum contracţiunea ventriculului nu poate începe de cât după ce perioada refractară a trecut, urmează ca intervalul *as—vs* va fi mai mare în condiţiunile de mai sus.

Intr'un grad mai înaintat de alteraţiune a fasciculului lui His, perioada refractară fiind încă mai lungă, vor exista contracţiuni auriculare cari, căzând într'un moment, în care conductibilitatea spre ventricul este abolită, nu se vor mai transmite la această parte a cordului.

Pe când deci în aceste condiţiuni auriculul se contractă în mod normal, numai jumătate, a treia parte sau chiar mai puţin din contracţiunile lui vor fi urmate de contracţiuni ventriculare. Pentru 70—80 de contracţiuni auriculare normale vom avea deci 40—30 sau mai puţine contracţiuni ventriculare.

In acest grad de leziune, adică atunci când fasciculul lui His nu este complect distrus, *raportul dintre contracţiunea auriculară şi cea ventriculară va fi păstrat încă;* adică, fie-care contracţiune ventriculară va urma uneia dintre contracţiunile auriculare premergător, fiind separat numai de aceste din urmă printr'un interval *as—vs* mai mare de cât 0",12.

In aceste condiţiuni *disociaţiunea este încă incompletă*.

Dacă însă leziunea este mult mai întinsă, lucru ce se întâmplă rar, *disociaţiunea devine completă*, de oare-ce în acest din urmă caz ventriculul se contractă în mod cu totul independent de auricul. Pe grafice în adevăr nu se mai poate constata nici o legătură între *as* şi *vs*.

Aceste noţiuni au fost stabilite pe de o parte prin cercetările experimentale mai sus menţionate, pe de altă parte prin datele anatomo-clinice foarte numeroase publicate în ultimul timp asupra acestei chestiuni.

Sunt foarte numeroase cazurile, în cari s'a găsit la necropsie leziuni ale fasciculului lui His, cari explicau pulsul rar permanent din timpul vieţei.

Cazul lui Schmoll şi cele ale lui Gibson, Hay, Moore, în cari s'a găsit cicatrice întinsă în septul interventricular, acela publicat de Luce, Vaquez şi Esmein în cari o gomă sifilitică distrugea fascia lui His, sunt exemple cari confirmă teoriile noui asupra patogeniei sindromului Adams-Stokes. Tot atât de demonstrative sunt observaţiunile lui Müller şi Hösslin, acelea ale lui Gerhard, etc.

Descriu mai la vale observaţiunea unei bolnave din serviciul d-lui Profesor Buicliu, care a prezintat sindromul lui Adams-Stokes. La această bolnavă atât proba cu atropină, cât şi constatarea disociaţiunei auriculo-ventriculare prin compararea flebogramei cu sfigmograma umerală, probează că leziunea cauzală în acest caz era aşezată la nivelul sistemului auriculo-ventricular.

Din nefericire nu a fost posibil în acest caz să facem necropsia, familia bolnavei opunându-se la aceasta.

T. S. -- intră în serviciul d-lui Prof. Buicliu, la Spitalul Brancovenesc în ziua de 20 Mai 1909. Este bolnavă de un an de când, fără vre-o cauză apreciabilă prezintă din timp în timp următoarele turburări: bolnava este prinsă în mod brusc de ameţeală pronunţată, vâjâituri prin urechi, sensaţie că toate lucrurile dimprejur se învârtesc. De cele mai multe ori are timpul să-şi ea poziţia orizontală, care amendează toate fenomenele. Une-ori însă accesul este aşa de rapid, în cât cade jos fără cunoştinţă. După câte-va minute îşi revine; se simte însă foarte obosită după fie-care acces.

La începutul boalei accesele erau rari, la câte-va zile odată sau cel mult odată pe zi. De vre-o două săptămâni turburările sus menţionate au devenit din ce în ce mai frecuente. Pe când înainte acestea nu veneau de cât în timpul în care bolnava era în poziţie verticală, de acum două săptămâni fenomenele se reproduc chiar în poziţie orizontală.

In acest interval a avut 15—20 accese în timpul zilei, 3—4 în timpul nopţei.

In ultimul timp, accesele erau însoţite de contracţiuni tonice şi clonice ale membrelor.

In mai multe rânduri, în urma mersului mai prelungit, a avut fenomenele de claudicaţie intermitentă.

Are din când în când epistaxis.

Micţiunile sunt frecuente (de 4—5 ori pe zi, de 2—3 ori noaptea)

Nimic important în antecedente. Nici un accident sifilitic.

Stare prezentă. In prezent bolnava are accese dese în timpul cărora îşi perde aproape complect cunoştinţa şi prezintă contracţiuni tonice şi clonice ale membrelor. Aceste accese se repetă atât ziua cât şi noaptea, şi sunt tot atât de frecuente în poziţia verticală cât şi când bolnava stă în decubitus orizontal.

De constituţie mediocră.

Toracele puţin bombat, sonoritatea exagerată.

Vibraţiile toracice normale.

Respiraţia diminuată. Expiraţia prelungită.

Raluri sibilante în ambii plămâni.

Cord

Matitatea precordială şi preaortică diminuată.

Vârful bate în al 5-lea spaţiu intercostal stâng pe linia mamelonară. Bătăile cordului nu se pot percepe cu mâna.

La focarul mitral se constată un suflu în primul timp, puţin intens, cu propagaţie axilară.

La focarul aortic un suflu sistolic, intens, rugos, care se propaga spre clavicula dreaptă.

Crosa aortei se simte bătând de-asupra sternului.

Arterele periferice îngroşate (Temporalele sinuoase, radialele şi humeralele îngroşate, neregulate).

Numărul pulsaţiilor cardiace în momentul intrării în serviciu 80.

Tensiunea arterială 25 Potain.

Ficat.

Limita superioară a matităţei epatice se află la marginea superioară a celei de a 7-a coastă.

Marginea inferioară se simte la trei laturi de deget sub falşele coaste drepte.

Splina nu este percutabilă.

Rinichii. Polul inferior al rinichiului drept se simte prin palpitaţie.

Această stare se menţine de la 20 Mai, data intrării în serviciu, până la 19 Iunie.

In acest interval a fost tratată cu iodur de potasiu, nitrit şi nitrat de sodiu şi şedinţe de d'Arsonvalisare.

Nu se observă nici o ameliorare a bolnavei. Accesele sincopale şi epileptiforme se repetă cu aceeaşi frecuenţă ca şi înainte. Accesele vin şi în poziţie orizontală, dar mai cu seamă, şi aproape inevitabil, când din această poziţie trece în mod brusc la cea verticală.

De la 20 Mai, până la 19 Iunie numărul contracţiunilor cardiace s'a menţinut între 70—80 pe minut.

In ziua de 19 Iunie numărul pulsaţiunilor radiale scade brusc la 40 pe minut.

Numărul contracţiunilor cordului de asemenea 40 pe minut.

Intre 19 şi 22 Iunie, numărul contracţiunilor cardiace variează între 36 şi 40.

La 21 Iunie se înscrie, cu ajutorul aparatului lui Jaquet pulsaţiunile golfului jugularei drepte şi a umeralei.

In ziua de 22 Iunie se face *proba cu atropină a lui Dehio.*

Ora 3.30 p. m. (injecţie cu ½ miligram atropină).

Numărul contracţiunilor cordului în acest moment 40 pe minut.

Ora 3.35 . . . . puls 40
„ 3.40 . . . . „ 40
„ 3.50 . . . . „ 40
„ 4.— . . . . „ 40
„ 4.20 . . . . „ 40
„ 5.— . . . . „ 40
„ 8.30 . . . . „ 38

23 Iunie. Numărul contr. cordului 36
24 „ „ „ „ 36

25 Iunie. Se reface proba cu atropină (un miligram).

Nu se constată nici o acceleraţiune a cordului.

Intre 25 Iunie şi 1 Iulie, numărul contracţiunilor cordului variează între 36 şi 40 pe minut.

De la această dată am perdut bolnava din observaţiune.

Mi se comunică următoarele date:

In cursul lunei Iunie numărul contracţiunilor cordului a variat între 36 şi 40. Către finele acestei luni şi la începutul lunei August pulsul s'a accelerat din nou, ajungând la 70—80.

In acest interval a avut dese accese, sincopale şi epileptiforme.

Bolnava intră într'o stare comatoasă cu câte-va zile înainte de moarte (16 August 1908). In acest interval (ultimele zile) numărul pulsaţiunilor radiale a scăzut la 16—20. La jugulară se putea număra foarte bine 78—80 de pulsaţiuni.

In rezumat deci, este vorba de o bolnavă care prezintă dese accese sincopale şi epileptiforme. In intervalul în care ea a fost în serviciul nostru, a avut o perioadă de o lună în care numărul contracţiunilor cardiace a scăzut la 40, 36 pe minut.

In ultimele zile 16—20. Se pune întrebarea cărei leziuni poate fi datorit pulsul rar la această bolnavă, adică dacă avem aface cu un puls rar de natură neurogenă (o leziune a pneumogastricului de exemplu) sau de natură miogenă (leziune a fasciculului lui His).

Pentru elucidarea acestei chestiuni am cercetat dacă există sau nu o disociaţie auriculo-ventriculară.

In acest scop m'am servit de aparatul lui Jaquet cu care este posibil să se iea în acelaş timp cardiograma, flebograma şi o sfigmogramă.

Cum pulsaţiunile jugularei traduc la exterior contracţiunile auriculare, putem lesne să ne dăm seama dacă există sau nu disociaţie auriculo-ventriculară, examinând flebograma comparativ cu sfigmograma radială sau umerală.

Din graficele alăturate se poate constata cu uşurinţă că această disociaţiune există. Ambele grafice au fost luate într'un moment, în care numărul contracţiunilor cardiace era de 40 pe minut.

Grafica No. 1 este luată, ruloul aparatului Jaquet, mergând încet.

In grafica No. 2, aparatul lui Jaquet are viteza mică la început, viteza cea mare în urmă.

Sus: înscrierea fracţiunilor de $^1/_5$ secundă.

La mijloc: flebograma (jugulara dreaptă).

Jos: sfigmograma arterei umerale.

Din examenul acestor grafice se poate constata trei fapte principale:

1. Pentru fie-care pulsaţiune umerală, corespunde 3, mai rar 4 pulsaţiuni jugulare.

2. Intervalul care separă contracţiunea auriculară de cea ventriculară (*as—vs*) variază între 0",2 şi 0",4; chiar scăzând întârzierea, pe care o pune unda sanguină de la ventricul la umerală este mai lung de cât în stare normală (0",12).

3. Pulsaţiunea umerală este tot-deauna precedată de una din cele 3 sau 4 pulsaţiuni jugulare.

Deducem de aci că perioada refractară în conductibilitate a fascicululul lui His este mărită, de oare-ce intervalul *as—vs* este mai mare de cât în stare normală.

Această perioadă refractară este destul de mare pentru ca să existe contracţiuni auriculare, care căzând în acest interval, să nu mai poată fi urmată de contracţiuni ventriculare.

Există deci o leziune destul de înaintată a septului, care împiedică transmisiunea normală a excitaţiunei în cord. Această leziune însă nu este suficient de întinsă, pentru ca contracţiunile ventriculare să fie cu totul independente de cele auriculare, de oare-ce fie-care contracţiune cardiacă este precedată în mod regulat de una din contracţiunile auriculare premergătoare.

Avem atace deci, cu o *disociație auriculo-ventriculară incompletă* (Herzblock incomplect).

Faptul că acastă leziune nu a distrus tot fascicului lui His, explică de asemenea pentru ce fenomenele de puls rar la această bolnavă nu erau permanente. In anumite momente în adevăr, și în condițiuni necunoscute, fascicului lui His, incomplect alterat în cordul acestei bolnave, putea să funcționeze în mod normal.

In literatura germană se găsesc cazuri (acele ale lui Heineke, Müller și Hösslin sunt cele mai demonstrative) în cari ca și la această bolnavă s'a constatat perioada de puls lent, alternând cu altele, în care numărul pulsațiunilor era normal. In timpul în care numărul contracțiunilor cardiace era normal, pe grafice nu se mai putea constata de cât mărirea intervalului *as—vs*. Numărul pulsațiilor jugulare era egal cu acel al contracțiunilor ventriculare.

Pentru a avea o probă în plus că sindromul în acest caz era datorit unei leziuni cardiace și nu nervoasă, am cercetat dacă cordul acestei bolnave este capabil să se accelereze sub influența atropinei.

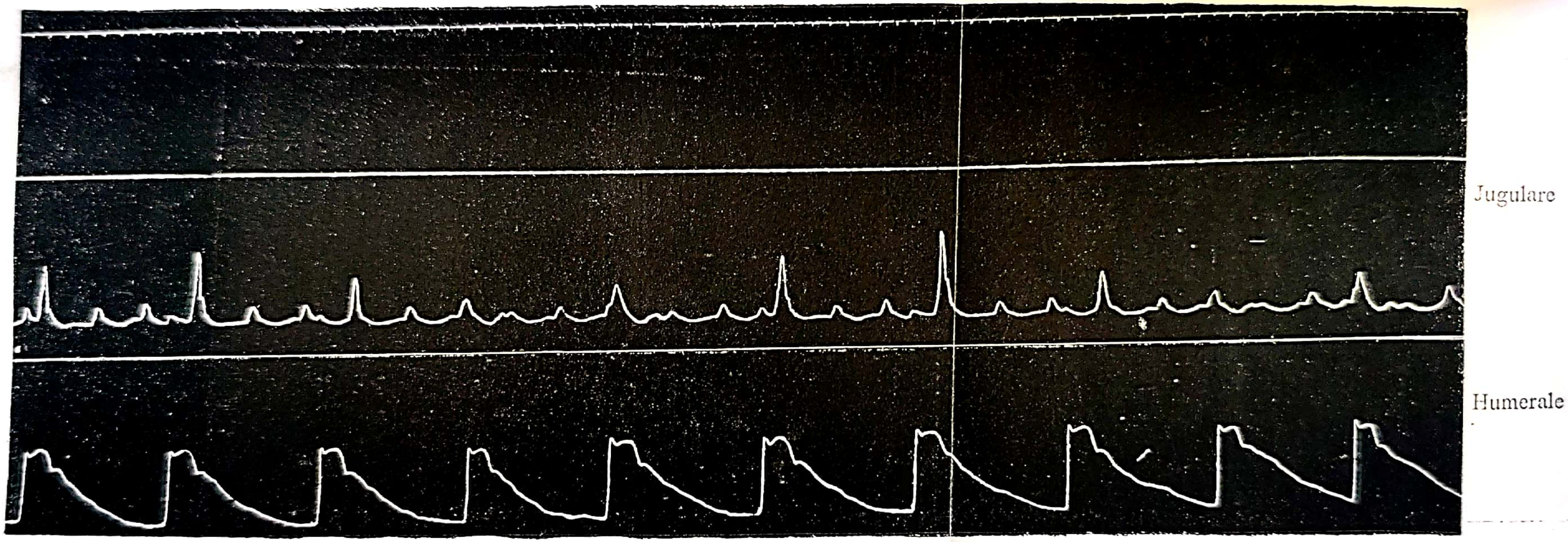
Dehio a arătat în adevăr că atropina, paralizând terminațiunile intra-cardiace ale pneumogastricului, accelerează cordul normal.

Dacă pulsul lent este datorit unei leziuni a centrilor sau nervilor cardiaci, atropina paralizând pneumogastricul accelerează cordul.

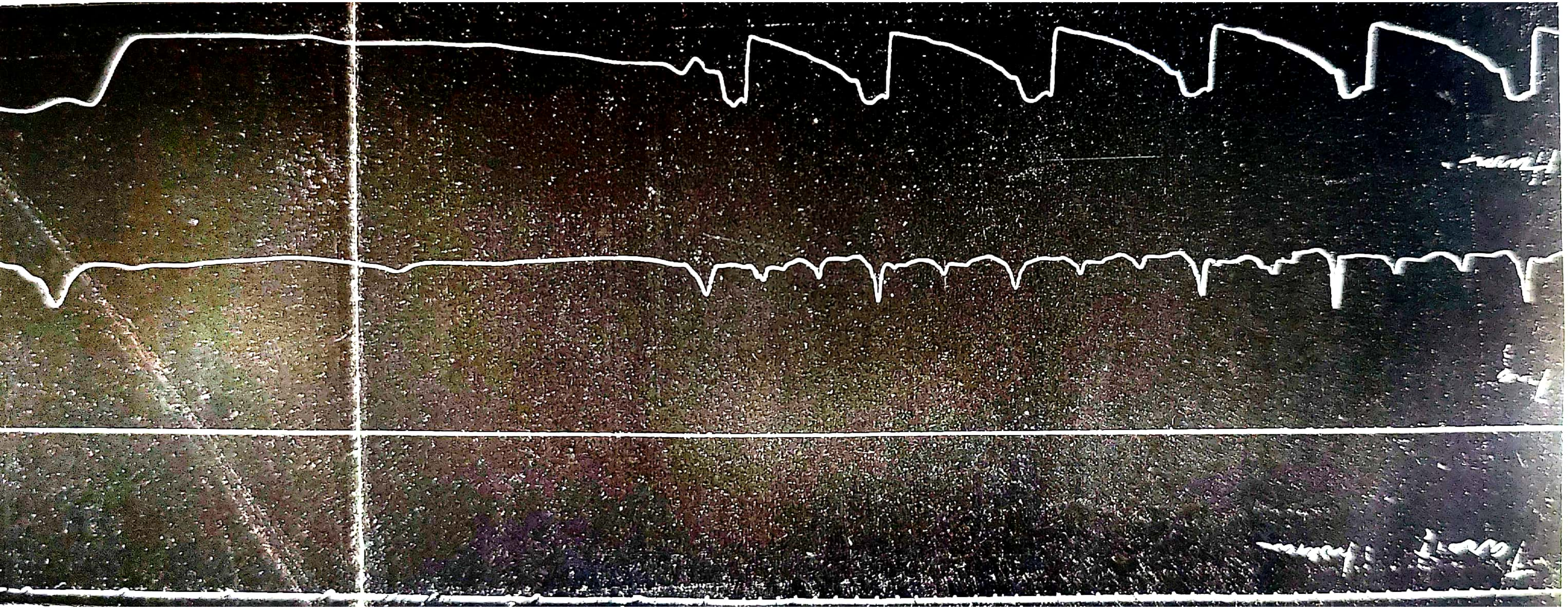
Dacă din contră sindromul este datorit unei leziuni a sistemului lui His, paralizia pneumogastricului nu poate accelera contracțiunile ventriculului, de oare-ce calea de transmisinne auriculo-ventriculară este parțial sau total întreruptă.

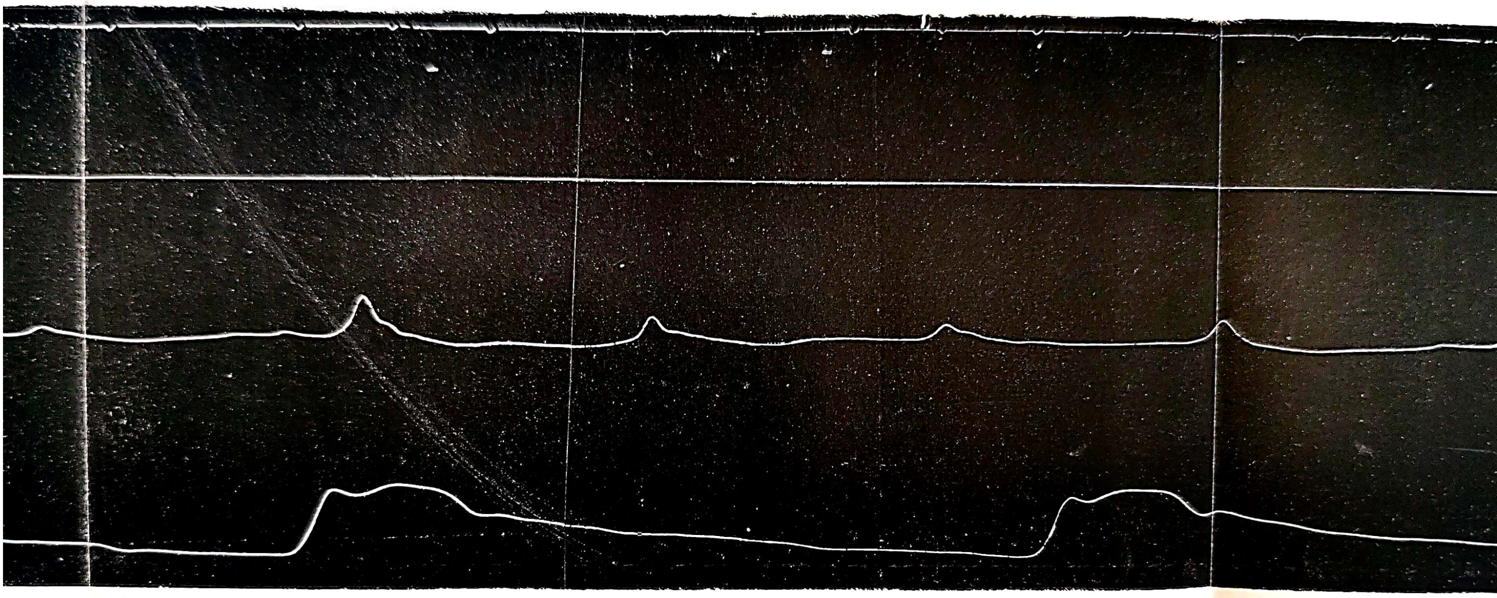
In cazul de mai sus, rezultatele injecțiunei de atropină, au dat o probă în plus că avem aface nu cu o leziune nervoasă, ci cu o alterațiune a fascicului lui His.

August, 1909.

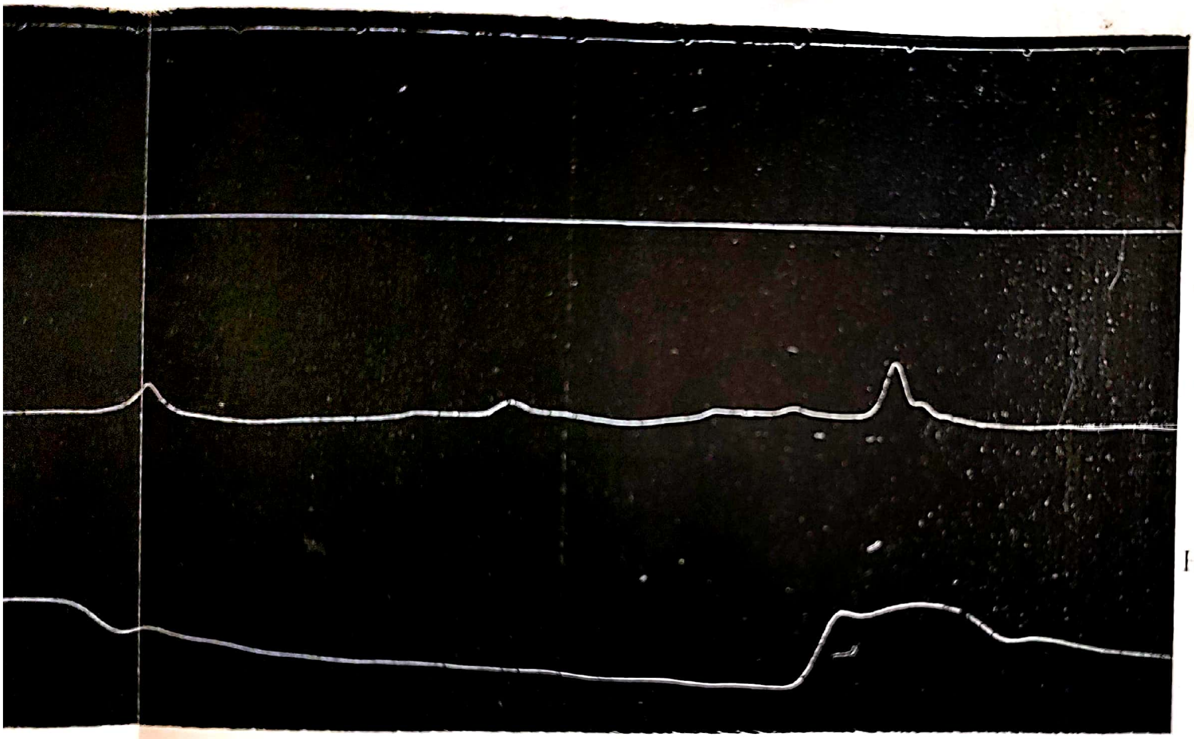

Jugulare
Humerale

Graficul No. 1.





Graficul No. 2.


Jugulare
Humerale

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic Colonel Dr. M. CĂLINESCU

Date relative la personalul materialul și măsurile sanitare militare culese din Monitorul Oastei de la începutul apariţiunii sale

(Urmare)

Anul 1861

Acest al doilea an de existenţă al „Monitorului Oastei" începe a se publica *cu litere latine.*

No. 1 din 4 Ianuarie publică aprobarea Domnească dată raportului ministerial cu cele coprinse în raportul No. 916 al Inspectorului General sanitar şi anume: *concentrarea serviciului sanitar al ambelor principate într'unul şi acelaş punct; şcoala naţională de medicină şi farmacie din Bucureşti să fie una şi aceiaşi pentru ambele principate;* personalul serv. sanitar al armatei să fie strânşi sub acea unică administrare şi regulament; infirmierii să fie legaţi de acelaş centru; *clasa specială de farmacie să se organizeze în adevărată şcoală după acelaş model; să se deschidă o şcoală de veterinărie la şcoala de medicină,* de la 1 Ianuar.

Pentru punerea în organizare a acestui serviciu, să se înfiinţeze câte 2 elevi de fie-care district în etate de 16—18 ani având terminate cel puţin clasele primare; ei se vor înscri în armată şi trimite special la şcoala de medicină din Bucureşti ca să se formeze din ei sub-chirurgi necesari armatei; pe lângă cei 60 soldaţi infirmieri aflaţi astăzi în Bucureşti să se adauge încă 60 recrutaţi din districtele din Moldova.

Rap. minist. 4320 conţinând atribuţiile şi datoriile Inspectorului general, s'a aprobat precum urmează:

§ I

Atribuţiile şi datoriile Inspectorului general

Art. 1.—Tot personalul sanitar al armatei, medicii, farmacieri şi veterinari este pus nemijlocit sub ordinile Inspectorului general, care este însărcinat cu toată organizarea spitalelor şi ambulanţelor armatei, atât în garnizoanele locuite cât şi în tabere sau timp de resbel.

Asemenea va trimite la finele fie-căreia tetramerii ministerului formulare de conduită şi bună regulă a personalului.

Art. 2. — Inspectorul general al serviciului are drept atribuţii apreciarea ştiinţifică a ofiţerilor sanitari, pharmacieri şi veterinari, meritul lor practic şi direcţia ce se dă îngrijirilor igienice şi serviciului medical în corpuri şi spitale; el caută cauzele morbelor ce afectează trupele şi propune mijloacele ce crede necesar spre a le preveni şi combate cu succes.

Art. 3. — El primeşte d'adreptul raportul la finitul lunei de la medicii spitalelor şi regimentelor.

Raporturile sunt controlate şi depuse în biurou ast-fel ca să poată stabili o statistică medicală. El prezintă raporturile semestriale şi de finitul anului; toate aceste raporturi se adresează d'adreptul la minister subscrise de Inspectorul general.

Art. 4. — Aprovizionările cu medicamente pentru spitalele, infirmerii şi veterinarii se fac d'adreptul prin îngrijirea pharmacierilor şefi, care supune mai întâi listele Inspectorului general ordonator al acestor cheltueli şi responsabil înaintea ministerului.

Art. 5. — O companie de infirmieri fiind special creată ca să formeze un corp special de soldaţi sanitari atât pentru timp de pace cât şi de resbel, organizarea este confiată şi personalul pus sub ordinele sale. Formează o ramură specială a corpului sanitar al armatei.

Art. 6. — Serviciul rufelor pentru pansamente va fi organizat şi centralizat sub îngrijirea Inspectorului general. Ofiţerul de administraţie al spitalelor va preda toată muniţia veche însemnând numărul bucăţilor şi greutatea lor.

Asemenea şi instrumentele de chirurgie, căruţele de ambulanţă, brancardele, litierele cacolet, cantinele, etc. se vor confia de Inspectorul general în îngrijirea specială a unui ofiţer sanitar din armată.

Art. 7.—Inspectorul general face revizie de inspecţie afară, de câte ori trebuinţa cere; sau crede prezenţa sa neapărată.

El previne în acest caz, ministerul de resbel sau verbal sau prin scris după urgenţa plecării.

Art. 8. — Inspecţiile regulate se vor face pe cât se poate primăvara şi toamna, în acest timp nu se acordă concedii ofiţerilor sanitari, afară de cazuri urgente bine constatate.

Art. 9. — La ajungerea într'un loc Inspectorul general previne pe şeful militar al părţii spre a anunţa acest din urmă ofiţerilor ataşati serviciului administrativ al spitalelor.

Art. 10. — In inspecţiile extraordinare nu previne pe nimeni şi caută să ajungă drept la localul spitalului ca să se convingă însuşi dacă regulele sunt bine păzite.

Art. 11. — Circulările Inspectorului general subsemnate de dânsul şi privitoare la serviciul sanitar sunt inserate d'adreptul în „Monitorul Oastei“.

Art. 12. — In ori-ce garnizoană unde se află Inspectorul general, primeşte de la comandant sau în lipsă-i, de la cel mai mare şef al locului secretul spre a putea vizita în veri-ce timp spitalele şi cazarmele.

Art. 13. — Inspectorul general asemenea şi medicii ataşaţi serviciului central fac parte din Stat-majorul general al armatei.

Inspecţia spitalelor

Art. 14. — La inspecţia stabilimentelor sanitare, Inspectorul general însoţit de toţi ofiţerii sanitari ai garnizoanei cât şi de ofiţerii însărcinaţi cu administraţia, examinează diferitele locale, distribuţia lor interioară, mijloacele de a stabili libera circulaţie a aerului, poziţia salelor de încălzit, termometrele de regularea temperaturei, examină starea paturilor, vestimintele morboşilor şi objectele în serviciul lor.

Art. 15. — Sala băilor trebue vizitată spre a cunoaşte dacă poziţia lor este cuviincioasă dacă sunt aproape toate saloanele morboşilor, dacă se poate încălzi bine iarna, dacă au termometrele necesarii, dacă în sfârşit spre a merge la ele nu se străbate curte, coridoare sau alte locuri ce ar pricinui răceală morboşilor la eşirile din bae, ordonă ca să ia note de numărul băilor de lemn şi aparatele băilor de abur şi se asigură dacă precauţii sunt luate cu acest tratament să fie totdeauna eficace.

Art. 16. — Se asigură că medicii şi personalul ataşat spitalului să vegheze ca băile să se dea la orele şi gradul determinat de medicii curenţi.

Art. 17. — Inspectorul general se asigură că alimentele destinate la nutrimentul morboşilor să fie de bună calitate şi bine preparate. Calitatea apei, oalele, tingirile, cositorirea lor şi in general tot ce se atinge de igienă trebuesc bine examinate.

Art. 18. — Arestурile trebuesc asemeni vizitate ca să se asigure dacă are curăţenia cerută de Igienă.

Art. 19. — Se va informa de cărţile şi instrumentele ce posedă doctorii, va veghia ca să aibă toţi, trusa de ordonanţă obligătoare prin decretul No. . . . In spitalele cele mari va propune stabilirea bibliotecelor speciale făcând din aceasta obiectul unei serioase atenţiuni, prescriind reglementele necesarii, el verifiază toate uvragele medicale ce se găsesc, şi să asigură dacă reglementul este cu punctualitate observat.

Art. 20. — Examinează dacă sala morţilor şi de disecţie este izolată de celelalte încăperi, şi dacă aceste sale nu contrariază salubritatea stabilimentului, dacă sunt afară din vederea morboşilor, şi dacă autopsiile şi disecţiile se pot practica într'un chip comod şi cuviincios.

Art. 21. — Readuce înainte că un om nu trebue transportat în sala morţilor, de cât după ce reposarea a fost constatată bine de medicul de gardă. Recomandă preparaţia pieselor anatomice şi anatomico-patologice ca să se depue în colecţiile muzeului unde se conservă investate cu numele şi titlul dătătorului.

Art. 22. — Rufele, magazia de îmbrăcăminte şi obiectele se inspectez asemenea; inspectorul se asigură dacă rufele sunt bine spălate şi intreţinute în stare de curăţenie.

Art. 23. — Inspectează Farmacia şi magazia medicamentelor, examinează provisiunile, substanţele veninoase dacă sunt închise şi preparaţiunile bine făcute; dacă medicamentele sunt bine şi conservate în sfârşit dacă articolele . . . . . sunt în tocmai observate; dacă comptabilitatea farmaceutică este bine ţinută o verifiază; în sfârşit dacă toate uneltele farmacii sunt bine îngrijite.

Art. 24. — Va veghia ca instrumentele de operaţii date la spitate să fie bine îngrijite, şi în caz de a putea sluji îndată ce trebuinţa cere, ast-fel Inspectorul va vizita cu deamănuntul arsenalul chirurgical; observând ca instrumentele ce se întrebuinţează la operaţie asupra morboşilor *să nu serve şi la amfiteatre.* Cere să i se prezinte cel din urmă inventar, constatează starea de curățenie și conservare examinează pe acele ce nu mai pot servi, și să asigură dacă clasificarea lor a fost efectuată cu grije.

Art. 25. — Inspectorul examinează asemeni trusele oficerilor sanitari, și dacă unele nu sunt în stare bună, ordonă a se drege și complecta în contul posesorului.

Art. 26. — Toate registrele atingătoare de serviciu și contabilitatea farmaceutică prescrise de instrucții, îi sunt presentate ca să se asigure dacă sunt în stare bună.

§ III

Despre îngrijirea morborilor

Art. 27. — Inspectorul General vede dacă oficerii sanitari de ori-ce grad merg la spitale la orele hotărîte prin reglement, asemeni se asigură dacă listele de vizită sunt ținute conform cu instrucțiile și dacă medicamentele nu se dau fără trebuință sau din acele de lux observând ca să nu se prescrie medicamente de cât pentru timpul de 24 ore spre a evita ori-ce risipă.

Art. 28. — Se asigură dacă îngrijirile date morboșilor și tratamentu întrebuințat de medicii curanți este lămurit iar nu strâns prin strâmtul cerc al unui sistem sau doctrine exclusive; pentru aceasta el asistă la vizite și urmează pe practicant în toate amăruntele funcțiunilor sale; ia asemenea notă de silințele ce a făcut ca să se ție în nivel cu progresul științii și pentru a contribui cu instrucția colaboratorilor sei.

Art. 29. — Aparatele de pansamente sunt asemeni examinate pentru curățenie și conținerea obiectelor necesarii.

Art. 30. — Se asigură dacă este aproape cu sălile răniților o sală specială unde operațiile să se poată practica cu înlesnire; dacă se află întrânsa mai multe dulapuri destinate la conservarea obiectelor de pansamente și bandagele pregătite pentru caze acidentale.

Art. 31. — Vizitează odăile ofițerilor sanitari, dacă sunt curate bine întreținute, asemenea și dacă gasdele spitalului sunt regulate ast-fel ca nici ziua, noaptea, localul să nu rămâie fără medic.

Art. 32. — Cercetează dacă pansamentele se fac regulat și conform cu prescripțiile; dacă lăsările de sânge sunt practicate, topicele și medicamentele administrate la orele prescrise; dacă ajutorii și subchirurgii fac tot ce se atinge conform ordonanțelor medicilor curanţi *nelăsând atribuţiile lor asupra infirmierilor;* dacă asistează regulat la distribuţia alimentelor, dacă farmacierii procedează înşuşi la distribuţia medicamentelor dând explicaţiile necesarii chipului luării; şi dacă acestea sunt bine pregătite în vase astupate şi etichetate.

Art. 33. — Inspectorul se asigură dacă infirmierii dă îngrijirile cuvincioase morboşilor.

Art. 34. — Calitatea alimentelor şi preparaţia lor intră asemenea în revisia Inspectorului general. Pentru observarea reglementului alimentar va privighia:

a) Dacă medicii nu prescriu fără necesitate absolută alimente extra-ordinarii ast-fel ca vin, ouă, friptură de pui, etc.

b) Dacă bolnavii nu se ţin în căutare mai mult de cât timpul necesar tămăduirii.

c) Dacă pe de o parte nu se trimit în convalescenţă, de cât în cazuri când numai e de temut recidiva morbei şi pe de altă parte în caz când acesti oameni ar fi întradevăr incapabili de a mai servi.

d) Dacă prescripţiile stabilite de medici pentru serviciul farmaceutic exterior, nu se fac de cât în profitul acelor ce au drept; şi dacă aceste prescripţii nu coprind alte medicamente de cât acele dictate de farmacopee.

e) Dacă se urmează cu iconomie la întrebuinţarea sticlelor şi borcanelor în farmacie.

§ IV

Personalul

Art. 36. — Inspectorul general va constata aptitudinea practică şi cunostinţele igienice medicilor de regiment şi medicilor de batalion.

Art. 37. — Elevii întreabă sau pune să întrebe în prezenţa sa pe acesti ofiţeri asupra igienii militare şi administraţiei farmaceutice. Ii pune să facă diagnosticul morbilor interne şi externe şi se indice tratamentul fie-căreia. Se ordonă se prepare şi se aplice deosebite bandage şi aparate şi dacă se poate să facă oare-care operaţii, în sfârşit îi angajază la manipulaţia farmaceutică ca să se vadă dacă singuri fără ajutorul farmacierului sunt în stare a dirija după cuviinţă un serviciu de infirmerie.

Art. 38. — Se asigură dacă medicii garnisoanelor şi regimentelor se ţin în corentul descoperirilor stiinţei, dacă cunosc noile mijloace de tămăduire şi dacă sunt familieri în practica operaţiilor chirurgicale şi aplicaţia aparatelor.

Art. 39. — Indată după inspecţie Inspectorul general chiamă pe toţi ofiţerii sanitari ai garnisoanei (medici, farmacieri, veterineri) şi primeşte cererile sau reclamaţiile concernând serviciul sanitar. El face dreptate pe cât stă în competinţa lui, sau raportează ministerului de resbel arătându-i părerea sa motivată.

Inspectorul va profita de această adunare ca să aducă aminte fie-cărui gravitatea şi delicateţea funcţiunilor mai cu seamă când se atinge de certificate.

Ast-fel când se găsesc chemaţi a declara, motive pentru incapacitate, nu numai trebue se redijeze lămurit conform instrucţiilor, dar încă în lucrarea lor trebue să nu peride favoarea, complezenţă sau indulgenţă.

§ V

Inspecţia medicală a trupelor

Art. 40. — Inspectorul general însoţit de şeful militar al locului şi ofiţerii sanitari ai cazărmei, vizitează corpurile spre a vedea curăţenia şi amelioraţiile ce sunt de făcut în locale. Opinia sa o expune ministerului ca totdeauna soldaţii să se găsească în cele mai bune condiţii igienice putincioase.

Art. 41. — După cererea sa soldaţii se vor pune la front fără arme sau în curtea cazărmei sau în interiorul odăilor după comoditatea locului şi timp.

Art. 42. — Atenţia sa se va aplica la bucătarii şi vase pentru construcţii şi pregătirea alimentelor; se îndatorează Inspectorul general a da un reglement pentru buna gătire a bucatelor şi curata lor preparaţie.

Art. 43. — Inspectorul general se conformează de composiţia obicinuită a mâncării şi face cunoscut opinia sa asupra mâncării soldaţilor. Calitatea apei la trebuinţă o va constata prin analiză.

Art. 44. — Cercetează pe medicii comenzilor ce îngrijiri igienice se dă recruţilor la venirea lor asemenea şi pentru curăţenia individuală a oamenilor; în sfârşit se asigură dacă şefii propun totdeauna comandanţilor mijloacele profilactice ce sunt de luat.

Art. 45. — Vizitează aresturile şi se asigură dacă aerul este adesea prenoit. Recomandă ofiţerilor sanitari se viziteze adesea guardele şi se incunoştiinţeze şefilor tot ce supără sănătatea oamenilor.

Art. 46. — Inspectorul general raportează ministerului pentru fie-care comandă şi cazarmă deosebit. Ministru de resbel.

General Florescu

Inaltul ordin de zi No. 258 din Decembrie 1860 decretează :

Elevul din şcoala de medicină Apostol Ghimpeanu trimis la spitalul ostăşesc din Iaşi ca subchirurg va primi de la 1 Noembrie jumătate leafa unui medic de batalion cl. III destinată prin Inaltul ordin de zi 196 pentru trimişi trei medici.

Ordin de zi pe toată Oastea No. 6, prescrie a nu se mai plăti leafa oamenilor în concedii şi la spitale ci numai celor prezenţi la serviciu.

Ordin de zi pe Oastea No. 232 din 31 Decembrie 1860, prescrie mutarea pe data de 1 Noembrie a medicului de regiment cl. I Teodor la regimentul No. 5 în locul medicului de regiment cl. I Greceanu mutat la spitalul central din Iaşi; la regimentul de jandarmi în postul de veterinar se întăreşte d-l Albert Eniescu în locul demisionatului Marcu Rechşanu pe data de 20 Decembrie.

Ordin de zi pe Oaste No. 16 din 12 Ianuarie, prescrie tutulor comenzilor ce au primit pantaloni de vară pe termenul anului 1860, ca acesti pantaloni să se poarte pe viitor de către gradele inferioare în loc de ismene.

Circulară

Atingătoare de liberarea certificatelor de concediuri de convaleşcenţă şi reformă de către d-nii şefi de serviciu în spitale şi medicii ataşaţi comenzilor.

In mai multe rânduri s'a întâmplat ca certificatele să fie cauza reclamărilor şi contestaţiilor din partea autorităţilor superioare şi din nenorocire aceste acte adesea nu mărturisea în destul rigurositatea cu care d-nii medici liberez aceste acte.

Subscrisul dar chiamă toată atenţia d-lor medici asupra liberării certificatelor de ori-ce natură, care nu trebuesc date până mai întâi nu v'aţi incredinţat prin toate mijloacele artei că acel individ are neapărată trebuinţă pentru o scutire de serviciu fie măcar de câte-va zile.

Concediurile de convalescenţă atât pentru odihnă în cazarmă fără slujbă, cât şi pentru schimbare de aer, să se dea sau de şefii de serviciu ai spitalelor sau de medicii ataşaţi la comenzi prin înţelegere cu şefii respectivi.

Certificatul în ori-ce cas trebue se fie un act drept şi respectat pe care să se bazeze o autoritate cu deplină încredere, şi în adevăr dacă un certificat dat de complesenţă scuteşte pentru un timp oare care un individ, tot-deodată ingreuiază serviciul camarazilor lui.

Dacă din contra certificatul scuteşte cu totul de serviciu, chestia devine şi mai serioasă; astăzi conscriptuirea prin sorţ face fiecărui om o datorie a servi ţerii aşa dar dacă un soldat deja înrolat se reformează un altul ce nu era chemat a servi, cade la sorţ şi trebue să 'l înlocuiască, şi dacă certificatul nu ar fi dat cu toată rigurositatea cerută pe când face acestuia un bine scutindu-l, loveşte pe acel ce smulge de la vatra părinţilor sei.

Trebue dar ca medicul chemat a lumina autoritatea prin chiar misiunea sa, se constateze cu integritate, liber de ori-ce înrâurire străină, indicând prin simptome ştiinţifice existenţa unei morbe sau infirmitatea ce face pe acel individ necapabil de a servi.

Nu este nimic absolut adevărat în tot ce are raport cu viaţa omenească.

Reglementul ce dăm din cauza trebuinţelor serviciului are un caracter de fixitate convenţională în aceia că este variabil în natură.

Incurabilitatea nu este caracterul mai nici unei morbe.

Nu este de cât o judecată adusă asupra fie-cărui caz morbid în particular după zadarnicele întrebuinţări a tuturor mijloacelor de tratament indicat în starea actuală a artei de a vindeca; nu este zicem incurabilitatea de cât când caracterele semiologice ale morbei sau infirmităţii şi nesuccesul tratamentului metodic în destul de variat şi îndelungit, se învoesc a face să presupunem că individul nu se va vindeca: afară numai dacă se va ivi circonstanţe pe care ştiinţa şi experienţa nu le permit a prevedea.

Judecata aceasta ar trebui încredinţată mai întâi ofiţerilor sanitari, şefi de servicii în spitalele în care militarii primesc îngrijirile ce cer ranele, morbele sau infirmităţile lor.

Medicii de regimente ataşaţi la corpuri trebue să trimiţă pe sergenţi, caporali, brigadieri, soldaţi etc. la spital, ca şefii de serviciu să poată judeca fie-care caz particular după ce mai întâi la observat.

(Pentru ofiţerii ce se caut la casele lor, medicul spitalului trebue să-i viziteze deosebit).

Certificatul se va trimite serviciului sanitar central care constatează regularitatea motivelor de reforme. După aceasta certificatul se supune ministerului de resbel şi servă de document medical la revistele generale de reformă şi liberare din serviciu.

Invităm dar pe d-nii ofiţeri sanitari de a se pătrunde bine de solemnela importanţă ce cată să dea redacţii unui certificat de reformă, fiind-că autorităţile militare care pronunţă definitiv liberarea, trebue să aibă confienţă în rigurositatea cu care medicul şi-a îndeplinit datoria.

Instrucţiile tipărite pentru recrutaţie din care s'a trimis câte un exemplar, poate să vă povăţuiască pentru cauzele particulare, ale fie-cărei morbe în ceea-ce se atinge mai cu seamă de simulaţie şi disimulaţie.

Cazul întâi se prezintă mai cu seamă la volontari care după înrolare încep a regreta familiile lor sau care şi-a văzut speranţele neîmplinite după cum gândea înainte, simulaţia dar vine din cauza marelui număr de individe care duce cu greu ostenelile vieţii militare şi caut toate mijloacele putincioase a scăpa.

Cel d'al doilea caz (simulaţia) se prezintă asemenea mai cu seamă la înlocuitori, câte odată la voluntari din dorinţa exagerată însă nobilă de a servi ţării, şi atunci caut a-şi ascunde infirmităţile ce au.

Cu toate bunele lor sentimente, guvernul trebue să-i excludă nefiind buni în serviciul militar, ci din contră poate fi folositori în societate.

Medicul trebue dar să se păzească bine atât de cei ce voesc a servi cât şi de cei ce doresc să scape.

Este o mare diferenţă între scutirea din serviciu şi reformă.

O prea mică infirmitate, o presupunere de morbă este câte-odată destul a scuti individul de serviciul militar. Instrucţiile publicate pentru aceasta pot servi de povăţuitor experienţei medicilor.

Cazul de reformă din contră cere după cum s'a zis incurabilitatea sau mai bine imposibilatea de a urma serviciul.

Reforma dar se desparte în două părţi distincte: *reforma cerută* în general propusă de şefii comenzilor. *Reforma silită* de ordinar propusă de medici şi câte-odată în contra voinţei soldatului.

Certificatul pentru reforma cerută va coprinde:

a) că morba sau infirmitatea este incurabilă,

b) că trebue sau să se poată considera (sau nu trebue și nu se poate considera) ca fiind contractată în serviciu și chiar din cauza serviciului (se va indica lămurit cauza);

c) că infirmitatea face pe acel individ nedăstoinic de a servi, fără ca pentru aceasta să-l pună în imposibilitate de a-și agonisi hrana.

Pentru reforma silită certificatul va conține:

a) că infirmitatea este incurabilă,

b) că se poate și trebue considerat ca proviind din osteneli accidente sau pericole ale serviciului.

In acest caz este de observat dacă infirmitatea rezultă din evenimente de resbel comandate ale slujbei sau din circumstanțe cu totul streine serviciului.

c) că pune pe acel militar (gradul) în stare de a nu mai putea servi și nu se poate susține fără ajutor (pentru ofițeri că acel ofițer nu mai este în stare a servi în activitate, ridicându-i putința de a reintra în serviciu).

d) că este volnic a fi recomandat ca să i se mijlocească o indemnitate sau pensia la care poate a-i da drept dispozițiile legale.

Invităm pe d-nii ofițeri sanitari a se pătrunde bine de instrucțiile ce preced și a studia cu grije acele publicate pentru alegerea recruților.

Ne am explicat asupra greutății de a constata cu dinadinsul incurabilitatea, în cazele al căror rezultat pare îndoios.

Când nu se află de cât presupunere de incurabilitate, această stare poate dintr'un moment în altul să se mai slăbească sau să apară cu mai puțină siguranță. Intâiul certificat dar poate fi modificat printr'un examen al unei comisii, fără ca pentru aceasta medicul ce a liberat certificatul să fie anexat de greșală.

In toate cazele îndoite, hotărârea rămâne la conștiința și experiența ofițerilor sanitari, cari se vor sili totdeauna a indica cu băgare de seamă și în detail motivele opiniei lor, mai cu seamă în subiectele ce s'ar putea restălmăci, caz în care autoritățile ministeriale au a pronunța hotărârea definitivă.

Inspector general, **Davila**

Ordinul de zi pe Oaste No. 34 din 2 Februarie prescrie că luminatul odăilor locuite de comenzi se va împlini din ordinar trecându-se în livret.

Coridoarele şi antrelele cazarmelor se vor lumina de corpuri.

Prin odăi luminatul cu lumânări de seu prin felinare este obligator, ele se vor stinge la 10 ore seara şi oamenii de rând vor fi în tot minutul gata a le putea aprinde la trebuinţă.

Coridoarele antrelele şi curţile se pot lumina cu lumânări untdelemn sau gaz, după cum se va găsi mai economic şi mai avantagios.

Circulară (din Februarie c.) asupra aptitudinii în serviciul militar şi scutirile ce sunt a se pronunţa.

In anul trecut am publicat în „Monitorul Oastii“ No. . consideraţii asupra alegerii recruţilor şi am trimis la toţi medicii civili şi militari o instrucţie medicală destul de întinsă în formă de broşură.

Instrucţiile medicale au adus fructul lor şi suntem departe de recrutările deplorabile ale anilor precedenţi care prevenea în general din modul vicios de conscripţie şi din puţina autoritate ce medicii aveau înaintea şefilor de administraţie însărcinaţi cu recrutarea.

La aceste instrucţii lipsea însă din punct de vedere medico-legal al membrelor şi infirmităţilor o valoare determinativă.

Am constatat în inspecţiile mele că s'a scutit din serviciu definitiv recruţii ale cărora infirmităţi nu era în adevăr de cât morbe ce s'ar fi putut vindeca într'un scurt timp sau prin îngrijirile aduse, sau chiar prin singurele silinţe ale naturei.

Din aceste scutiri definitive, provine rezultatele cele mai supărătoare fiind-că individe cu totul vrednice de a servi, se găsesc liberaţi dintr'o singură cauză de morbă accidentală.

Este destul a aduce aminte aceste fapte ca să se vază toate inconvenientele ce trebue a se evita pe viitor. Simulaţiile ar deveni frecuente, mai greu de constatat, şi în acelaş timp ele ar fi isvorul abusurilor ce trebue să preîntâmpinăm în acei d'ântâi ani ai organizării serviciului, ast-fel ca o bună şi strictă tradiţie să facă cu timpul imposibile ori-ce amăgire.

Medicii a căror misiune devine din zi în zi mai importantă prin noile însărcinări ce societatea le impune în acest timp de tranziţie se găsesc între două interese de o potrivă respectabile, de o potrivă sacre, şi la cea d'ântâi vedere diametral opuse.

De o parte societatea având trebuinţă de braţe pentru apărarea sa, şi reclamând imperios ca nici-un individ chemat de legi spre acest sfârşit să nu scape fără cauze binecuvântate de dreptele ei cereri; de alta acea mână de nenorociţi pe care infirmităţi sau morbe îi fac incapabili de armată, şi pentru care scutirea din serviciu nu este de cât un drept incontestabil.

Trebue dar a consilià aceste două interese, a le amesteca ca să zic aşa într'unul singur, acela al dreptului şi al adevărului, şi a ajunge în fine la reglemente otărâte care nu numai să se respecte d'opotrivă, dar încă care să le păzească oare-cum pe amândouă dând morbelor şi infirmităţilor toată valoarea lor, şi lăsând stricte executarea legilor şi instrucţiilor precedente, care rămân deocamdată complectându-se cu această nouă circulară.

Instrucţiile publicate anul trecut era mai cu seamă destinate spre a povăţui experienţa medicilor în noa însărcinare ce le impunea legea asupra recrutaţiei; ele coprindeau explicaţii asupra fie-cărui morb ce dă dreptul la scutire şi mediuri ştiinţifice de a cunoaşte şi preveni în contra simulaţiei şi disimulaţiei, dar din punct de vedere al semnificaţiei medico-legale, afecţiunile adunând scutirea rămâne încă oare-care nesiguranţă lăsată asupra judecăţei fie-căruia medic.

De aci venea incorectitudinea ce da naştere unei elasticităţi în aplicarea lor şi care ridică medicilor puterea necesară lângă membrii consiliilor ce deveneau oare-cum arbitri în chestii ştiinţifice; când reglementele şi spiritul legilor nu le da drept de cât a fi executorii opinii medicale formulate cu exactitate şi preciziune.

Bine-voiţi a observa că în consiliile de revizie, membrii sunt chemaţi mai cu osebire spre a constata lipsa sau prezenţa faptului material mai mult sau mai puţin complicat, şi despre care trebue, să încredinţeze maioritatea consiliului, că aceste fapte merită a dobândi o semnificaţie legală.

Este cu greu a ajunge în ştiinţă la o precizie cum face legea care dă de exemplu: scutirea fiului întâi al unei văduve este trebue să ne silim şi noi a da scutirile pentru defecte fizice o certitudine echivalentă, şi închiderea drumului la ori-ce arbitrarii, şi să dăm garanţii egale de protecţie şi dreptate acestor mari interese sociale pe care consiliul de revizie le judecă.

Noi am adunat afecţiile ce cer scutirea definitivă sau temporală în trei părţi, reunind şi pe acelea ce trebue să aibă aceiaşi valoare medico-legală.

Partea întâi se compune de toate infirmităţile, care ori unde ar exista scutesc pe dată şi definitiv; ele nu pot fi îndoioase şi încă mai puţin de discutat, totul pentru dânsele se reduc la o singură chestie de faptul prezenții lor, examinarea li se face mai mult prin simț de cât prin inteligență, constatarea lor este atât de cunoscută de toți, că autoritatea medicală pare de multe-ori de prisos.

In a doua parte sunt rânduite afecțiile ce după gradul și gravitatea lor atrag sau scutirea temporală sau scutirea definitivă.

Aceasta este o chestie de apreciere al căruia jude poate fi numai medicul; în adevăr valoarea medico-legală a acestor afecții depinde de gravitate, și extimarea acestei gravități este exclusiv de competența oamenilor de artă.

In aceste caze numai este vorba de un fapt absolut având caractere fine și putând servi de reguli pentru ori-ce caze s'ar prezenta. Cu toate acestea este cu putință prin mijlocul câtor-va rezerve lămurit exprimate, prin ajutorul oare-căror epitete, restrângând sensul denominațiilor prea generale, prin stipularea înadinsă a câtor-va condiții bine trunelicate, a da afecțiilor strânse în această grupă caractere de un fapt absolut care asigurând consiliul de revizie o valoare determinată ar da mai mult o autoritate opiniei medicului, și l'ar împedica în câte-va caze cu o falșe interpretare, sau arbitrari să vie a usurpa locul dreptății.

Medicul în aceste caze trebue ca după un examen minuțios să constateze existența și caracterele infirmității adăogând adjectivele *considerabil grav, mare, rebel întinse, obișnuit* și alte echivalente care i s'ar părea că caracterisez mai bine suferința recruților.

Dacă există cea mai mică îndoială, medicul va invita consiliul a nu pronunța de cât o scutire provizorie, dar dacă morba medicalmente incurabilă, medicul expert trebue să pronunțe cu toată siguranța.

A treia parte prezintă în fine morbele și infirmitățile care după natura lor pot fi de unul sau cel-alt din cazele precedente, dar care din cauza declarării definitive a simptomelor lor este totdeauna greul câte odată imposibil a le constata ființa lor și a le determina gravitatea: iată cazele de afecțiuni unde *simulațiunea* poate răuși mai cu înlesnire și în care înșelăciunea a avut loc în tot timpul cu ce mai mare succes.

Medicul dar trebue să se păzească; să consulte instrucțiile medicale care detailez un mare număr de posibilități de simulație, într'un mod minuțios, dar tot într'o vreme să nu peardă din vedere că ingeniositatea ajunge câte odată a înșela medicul cel mai experimentat.

In cazul care, cu toate că probabil recruţii nu vor prezinta un grad de constituţie îndestulător, se pot amâna ca să se prezinte din nou la anul viitor, însă în cazul îndoios când probabilitatea ar declina spre simulaţie, recrutul se va trimite la depoul regimentului cu o notă specială a medicului ce va exprima deosebit opinia sa particulară pentru fie-care în parte.

Dacă ajuns la depou, recrutul stărueşte a urma simulaţia cerând scutirea sa, se va trimite în spital unde se va supune la observaţie îndelungată şi o comisie specială de medici îl va examina. Rezultatul se va supune cu observaţii desluşite ministerului de resbel care va statua în definitiv.

Aceste severe măsuri medicale sunt neapărate; ele sunt desevârşit în armonie cu amândouă interesele societăţii şi fie-care ştiinţă medicală trebue se caute a le consilia.

Prin aceste măsuri bine înţelese, riguros şi constiinţios executate Statul şi particularii sunt apăraţi d'opotrivă de înşelăciuni (acei ce s'ar recunoaşte morboşi nu vor fi trataţi ci îndreptaţi sau la spitalele civile sau la casele lor) căci trimiterea în spitalul militar nu se face de cât spre a constata existenţa reală şi gravitatea unei afecţii care trebue să dea unui recrut libertatea de care se bucură la vatra părinţilor săi, un bun soldat armatei, care dacă ar fi scutit fără cauză binecuvântată nu ar face de cât a propaga înşelătoria sunt convins d-le Doctor că după explicaţiile date în aceste circulări atingătoare de reformă şi instrucţiile trimise, nu vă va mai rămâne nici o nedesluşire şi că prin activul d-voastră concurs cazele de scutire fără trebuinţă bine constatată, se vor alunga cu desevârşire.

Inspector general **Davila**

Tablou de boale şi infirmităţile care poate scuti de serviciul militar hotărâte de consiliul medical superior în seanţa de la 1/13 Februarie anul 1861.

Tabloul I

Boale şi patimi care scutesc pe oameni suferitori de ele neapărat şi definitiv chiar prin fiinţa lor.

1. Orbirea complectă sau perderea unui ochiu sau a întrebuinţări lui, pricinuit din alte cause de cât Amaurosa.

Notă: medicii o se specifice cât este prin putinţă pentru fiecare caz cauza organică a patimei.

2. Perderea totală a nasului.

3. Bot de iepure, lipsa unei părţi a cerului gurei.

4. Caries general a sistemului dinţilor, perdarea dinţilor de dinainte (tăioşi) şi acelor căineşti superiori sau inferiori sau a tutulor măselelor din amândouă fălcile.

5. Mutism ocazionat de o vicioasă conformaţie a limbei sau din lipsa unei părţi a ei.

6. Lipsa totală sau în cea mai mare parte a sgârciului urechii.

7. Surditate ocazională din lipsa sau astuparea (obliteraţia) conjenitală sau acidentală a canalelor auzirii externe.

8. Mari diformităţi a feţei (a obrajilor şi pete mai negre peroase groaznice.

9. Guşa voluminoasă.

10. Ernie (boşorogeală).

11. Perderea membrului bărbătesc sau a amândouă testiculele.

12. Epispadias, Ipospadias găsit pe mijlocul sau pe rădăcina membrului.

Ermafrodism.

13. Retenţiunea permanentă a testiculului în inelul său în partea inferioară a canalului inguinal.

14. Anus artificial.

15. Perderea unui braţ, unui crăian? unei mâni unui picior, sau perderea incurabilă a mişcărilor acestor părţi.

16. Atrofia bine caracterisată a vr'unui membru.

17. Retracţiunea permanentă a muschilor extensori sau flexori ai vr'unui membru.

18. Anevrismele arterelor gâtului sau ale celor principale la membre.

19. Spina ventosa, osteosarcome osteomalacia şi alte boale grele ale oaselor.

20. Curbarea oaselor lungi, sau rachitism pronunţat întratâta în cât se supere mişcările membrelor.

21. Schiopătură însemnată.

22. Perderea totală a (index) degetului arătător al mânii drepte, perdere totală sau parţială a unui deget sau a degetului mare la picior, perderea ale unuia din degete şi aceiaşi mână, sau ale unuia şi aceluiaş picior, încetare incurabilă a mişcărilor degetului.

23. Piciorul ce atinge pământul cu toată fața plantară (pied-plat, homolata pedis plantă).

Notă: adevăratele picioare lăboase sunt prea rari și nu trebue să se confunde cu picioarele lungi (talpa lungă), aceste d'întâi bine constatate dă loc la scutire îndată și definitivă.

La picioarele lăboase maleola internă este prea procuimentă și mai mult lăsate în jos de cât obicinuit.

De desupt celei externe, se vede o escavație mai mult sau mai puțin adâncă, după cum diformitatea este mai mult sau mai puțin considerabilă, cotul piciorului (partea anterioară a articulației sale cu gamba) nu este (bombată) proeminentă după cum se află obicinuit, ci la înălțimea glesnei și prin urmare la regiunea tarsienă este mai larg și mai turtit ast-fel că în acel loc piciorul prezintă mai mare lățime.

Escavațiunea care la omul bine conformat se află în partea internă și inferioară a condilei externe și care urmează până la cel d'întâi os metatarsian, nu numai că nu există la indivizii cu picioare lăboase, dar este din potrivă împlinit printr'o proeminență (cucui). Pielea și părțile ce le acoperă es în aceiași parte: când individul pune piciorul pe pământ spre a merge, el se sprijină pe marginea sa internă și nu se poate trece cel mai mic obiect, de ex. o pană de gâscă pe sub talpa piciorului.

La picioarele largi, oasele gambei păstrând direcția care le este naturală în raport cu piciorul, cotul piciorului este concav și nu prezintă în acest loc vr'o lărgime mai mare de cât or-care alta. Lărgimea se începe tocmai de la înălțimea osului metatarsian și merge mereu crescând cu cât se aproprie de degetul cel mare al piciorului.

Tabloul II

Morbii sau infirmitățile ce atrag scutirea din serviciu definitiv sau temporal după gradul la care a ajuns.

1. Leziuni de mare întindere ale craniului.

2. Diformitățile nasului ast-fel în cât se facă aspectul monstruos sau să împedice invederat respirația.

3. Caria oaselor a foselor nasale sau a vălului palatin; polipi în nas.

4. Diformitățile unei fălci prin perdere de substanță, necrosa, sau ori-ce altă cauză susceptibilă de a împedeca obicinuit mestecarea.

5. Fistulele sinului masielar.

6. Dificultăţi în înghiţire provenite din împedecarea trecerii alimentelor în stomac.

7. Sarcocela, idrocela, varicocela cirgocela ast-fel developate în cât se împedece mersul, sau alte afecţii grave ale testiculelor cordoanelor spermatice sau ale scrutului.

8. Diformităţi sau afecţii ale picioarelor, măinilor membrelor sau ale altor părţi ale corpului ce ar face mersul anevoios, purtarea armelor dificilă, sau ar împedeca purtarea echipamentului întreg sau în parte; sunt coprinse în acest articol încălicătura degetelor la mână sau la picioare fiind-că împedică mersul; alopecia, incovăetura genunchilor.

9. Cicatrice întinse aderente, fragile împedecând executarea mişcărilor.

10. Varice voluminoase şi numeroase.

11. Slăbiciune din neîntregimea, sau deterioraţia constituţiei. Această slăbiciune de complexiune nu poate să dea loc de scutire de serviciu de cât vremelniceşte.

Tabloul III

Morbi sau infirmitaţi ce causează scutire de un an până la întâiul consiliu de revizie viitor, pentru ca cei afectaţi de asemenea boale să se trimită de şefii respectivi la vr'un spital spre căutare.

1. Amaurosa amândoror ochilor sau numai a unuia.

2. Slăbiciunea facultăţii vederii, defecte permanente ale vederii care împedecă deosebirea obiectelor într'un chip hotărît sau potrivit trebuinţelor serviciului militar ast-fel sunt: Miopia, Nictalopia Emeralopia diplopia şi presbiţia.

Notă: se vor considera ca miopi şi amânaţi aceia ce disting curat obiectele prin ajutorul ochelarilor de miopi cu No. 2 şi 3 şi obiectele depărtate cu luneta de miopi No. 6, se va lua măsuri ca pe viitor fie-care medic se posede aceste lunete.

3. Oftalmia cronică, inflamaţii dese ale ochilor, boale obicinuite ale pleopelor sau ale căilor lacrimele.

4. Ulcere gangrenoase şi rebele a foselor (găurile) nasului.

5. Fistule salivare.

6. Respiraţia obicinuit puturoasă.

7. Mutitatea, afonie permanentă atribuită la alte cauze de cât la acele indicate în tabloul No. IV.

8. Viciuri sau afecţii permanente ale organelor vorbirii, vocei, ale auzului, în cât se împedice libera lor funcţionare.

9. Scurgerea purulentă din urechi.

10. Ftisia pulmonală sau alte afecţii, grave coprinse în torace.

11. Anevrismul intern.

12. Idropisia abdominală (ascita) umflături, ipertrofii ale organelor abdominale.

13. Calcul vesical, nisip (gravela) în continenţa obicinuită sau reţinerea frecuentă a lor; fistule urinare şi alte morbi sau lesiuni ale căilor urinare.

14. Emoroide voluminoase sau ulcere scurgere emoroidală abundentă şi cronică, incontinenţa materiilor fecale, prolapsul rectului, restringerea obicinuită a anusului, fistula anusului.

15. Transpiraţia parţială sau generală obicinuită putredă (puturoasă).

16. Afecţiuni cutanei, congenite sau dobândite.

17. Chelia, dartre în mare întindere, râe anevoe de lecuit, elefantiasis.

18. Schir, cancer, ulcere inveterate sau de un urât caracter.

19. Starea cahectică scrofuloasă scorbutică, sifilitică, reumatică.

20. Epilepsia, tremurătura convulsivă generală sau parţială, tremurătura cronică a corpului întreg sau a vr'unui membru agitantă paralitică.

21. Alienaţia mintală, or-care ar fi caracterul ei, nesuficienţa înţelegerii (nedomirirea).

Notă: Morbele şi infirmităţile ce figurează pe aceste două din urmă tablouri trebuesc calificate cu epitetele: considerabil, grav, cronic violent, mare, obicinuit, rebel, şi alte echivalenţe ca să poată da scutirea curat provisorie.

Medicul iscusit trebue dar să constateze într'un chip riguros şi cât se poate de hotărît, că morbii au caracterele şi epitetele indicate.

Acei morbi pe care medicii îi declar după examen ca incurabili atrag scutirea definitivă.

Medicii trebue se indoiască, băgarea lor de seamă la primirea volontarilor şi înlocuitorilor lor, acestia trebue ce fie ca soldat să fie sănătos şi fără nici un defect aparent. Aici se înţelege prin defect starea organică care împedică pe individ a fi în ori ce timp şi la prima chemare gata a face serviciul său; sau acel care fără a presenta o împedecare actuală are din constituţia sa etc., tendinţa spre a o agrava şi a prezenta atunci un obstacol în exerciţiul regulat al uneia sau celelalte funcţii urmează dar, că nu trebue să se considere ca defect, atrăgând un volontar sau înlocuitor în aptitudinea serviciului militar, nici un fel de anomalie când aceasta nu împedică vre-o afecţiune, şi nu este prin natura sa susceptibilă de a deveni mai mare sau mai gravă.

Inspector general **Davila**

Inaltul ordin de zi No. 38 din 9 Februarie, cu trecerea medicului din regim. 5 Teodor în calitate de medic de regiment cl. I la spitalul din Iaşi şi primirea în oaste a D. Caligari ca medic de regiment cl. II la regimentul 5.

Ordin de zi pe oaste No. 36 din 6 Februarie, cu mutarea pe 1 Februarie a medicului de regiment cl. II Hacicu din regimentul 2 în regimentul No. 1.

Instrucţia asupra funcţiilor, intendenţii militare în partea relativă *la spitaluri* este următoarea:

Serviciul administrativ în spitaluri şi ambulanţe este obiectul surveghierii atentive şi jurnaliere a funcţionarilor intendenţei militare. Buna calitate a alimentaţiei, aceia a efectelor de îmbrăcăminte şi de paturi, îngrijirea bolnavilor de infirmieri, curăţenia tutulor localurilor salubritatea stabilimentului şi în general tot ce poate înbunătăţi poziţia soldatului bolnav; toate aceste punturi sunt recomandate activei solicitudini a funcţionarilor intendenţei militare, şi resultatele cele mai bune se vor dobândi cu concursul d-lor ofiţeri sanitari primari ale cărora landabile silinţe vor trebui se fie tot-dauna secondate şi arătate autorităţii militare şi administrative superioare de către funcţionarii intendenţii.

Personalul administrativ şi companiile de infirmieri ataşate la spitaluri şi ambulanţe sunt puse sub ordinele şi direcţia funcţionarilor intendenţii militare.

Inaltul ordin de zi 39 din 9 Februarie, cu înaintarea la gr. de medic de batalion cl. I a medicilor de bat. cl. II Ion Vercescu şi Gheorghe Ianota, la gradul de medic de bat. cl. II a elevilor Economu Gh., Nicolescu Ion şi a subchirurgului cl. I Vlădescu Alecu.

Ordin de zi 49 din 18 Februarie, la art II spune: compania de infirmieri a serviciului sanitar ce se află chemată ca să îngrijească de soldaţii bolnavi va lua pe viitor titlul de *companie sanitară,* titlu ce corespunde destinaţiei sale.

Tot deodată această companie se va afla sub ordinile Inspectorului general, pentru tot ce priveşte serviciul sanitar, conform instrucţiilor date.

Ordin de zi pe Oaste No. 44 din 15 Februarie, cu îndrumarea medicului de reg. cl. 2-a Caligari pe data de 9 Februarie în regim. 5.

Ordin de zi No. 64 din 1 Martie relativ la comptabilitatea intraţilor în spital, prescrie:

1. De la 1 Ianuarie a. c. îngrijitorii spitalurilor ostăseşti întocmind liste coprinzătoare numai de hrană, cu arătare de zilele intrării şi eşirii bolnavilor precum şi comenzile din care sunt, să le presenteze ministerului prin şefii respectivi la fie-care sfârşit de lună.

2. Spitalurile civile tot de la arătata zi, să întocmească listă specială de hrană care se vor prezenta cu întradins cerere, prin administraţia serviciului sanitar, la fie-care trei luni dimpreună cu cele de medicamente, şi extraordinare cheltueli.

Circulare

D-lor ofiţeri sanitari ataşaţi la corpuri.

Graţie neprecurmatei solicitudini a guvernului pentru ori-ce se atinge de binele soldatului, noua organizare a corpului ofiţerilor sanitari în armată fiind aproape complectă, atât prin înaintarea elevilor şcoalei de medicină, cât şi prin intrarea în serviciu a junilor Doctori în medicină, astăzi putem să instituim serviciul cotidian pentru reviziile cazarmelor, care de la 15 Aprilie 1853 s'au făcut numai odată pe săptămână, special din punctul de vedere ale dovedirii sifiliticilor.

Funcţiunile ofiţerilor sanitari în corpuri coprind deosebite obligaţii de care trebue să vorbim în parte ca fie-care studiind instrucţiile să înţeleagă cu exactitate datoriile ce-i sunt impuse.

Din aceste datorii, unele *militare* participez la toate care sunt impuse tutulor funcţionarilor armatei; celelalte *igienice* rezultă din specialitatea ştiinţifică a ofiţerilor sanitari.

Noi vom cerca a întocmi aceste deosebite atribuţii.

Datorii generale ale ofiţerilor sanitari la corpuri.

Medicii ataşaţi corpurilor sunt însărcinaţi a veghia asupra sănătăţii militarilor de or-ce grad, şi de a căuta în odăi la cazarmă, pe drum sau sub cort pe oameni cu morbe uşuri, erupţiuni simple, sau morbele venerice care din cauza micşorimii lor, nu cer un tratament la spital; şi de a provoca trimiterea în spitale a acelor soldaţi coprinşi de morbe grave.

Ei supune la cunoştinţa şefilor de corpuri observaţiuni asupra a ori-ce se atinge de alimentaţie, igienă, salubritatea localelor, depărtarea paturilor în locale, ventilaţiunea şi curăţenia odăilor.

Raporturile reciproce ale diferiţilor ofiţeri sanitari ataşaţi la acel corp sunt determinate prin principiul fondamental al disciplinei militare: ca subordonatul trebue să se supue superiorului său în tot ce acesta va comanda pentru execuţia reglementului şi binele serviciului.

Când regimentul întreg sau două batalioane sunt strânse la un loc, medicul dacă va judeca aceasta necesar, şi dacă nu-i permite serviciul spitalului; se secondează în exerciţiul funcţiei sale prin medicii de batalioane; el le poate destina o parte oare-care a serviciului precum vizita jurnalieră a oamenilor bolnavi în cazarme, odăi sau prin cuartiere; ori prezentă la exerciţiuri, manevre (vara la băi) mai cu seamă la cavalerie vizita recruţilor, cooperarea la vaccinat, ţinerea registrelor reglementare etc.

In fie-care din aceste caze, medicii de batalion la timpul cuvenit trebue să raporteze medicului de regiment de executarea ordinelor ce a primit. Ast-fel cel ce a fost însărcinat cu vizita jurnalieră a oamenilor, trebue în toate dimineţele îndată după vizită, să trimită şefului erarhic un raport care îi servă la facerea aceluia ce dă comandantului trupei şi Inspectorului general al serviciului sanitar.

Dacă în timpul exerciţiului manevrelor sau prumblărilor se întâmplă vre-un accident, medicul de batalion ce există în lipsa celui de regiment, după ce a luat toate măsurile urgente ce i s'au părut necesare, va raporta şefului său pe dată ce s'a întors trupa.

De câte-ori un medic de batalion este chemat pentru un caz neprevăzut sau urgent; trebue pe dată să înştiinţeze pe medicul de regiment expuindu-i şi măsurile ce a luat.

Afară de aceste caze particulare sau ori-ce alte circumstanţe apreciate de şeful medical al corpului, medicul de batalion nu trebue să intervie de cât cu ajutor în ori-ce parte a serviciului până mai întâi nu a fost special autorizat. Actele lor rămân dar cu totul în responsabilitatea superiorilor lor.

Ropori de sfârşitul lunei. La fie-care opt zile, medicul cel mai mare în grad la garnizoană sau în caz de egalitate, cel mai vechiu; va aduna pe medicii de toate gradele spre a le comunica observaţii asupra serviciului, asupra morbelor predominante, asupra epidemiilor şi mijloacelor putincioase de a le combate, asupra descoperirilor progreselor noi ale ştiinţei, aplicaţiile de făcut serviciului sanitar în corpuri, instrumentelor şi reglementelor noi ce se ating de personal şi diferitele părţi ale serviciului sanitar în armată pentru spitale, ambulanţe şi corpuri. „Monitorul Oastii" se va citi şi instrucţiile medicale se vor explica în şedinţă spre a evita ori-ce neînţelegere.

Se va informa Colonelul sau şeful corpului de măsurile ce sunt a se propune; un proces-verbal al acestor şedinţe se va subscri totdeauna şi în fie-care lună se va adresa un raport analitic Inspectorului general.

Când vre-un medic de batalion este detaşat cu o fracţie din trupă, el rămâne supus direcţiei medicului de regiment.

Raport de trimestru. Prin urmare de la ajungerea sa la locul detaşamentului, dă pe dată raport şefului său de situaţia sanitară a oamenilor, starea cazarmelor, alimentaţii etc. din punctul de vedere igienic; el adresează în toate lunile mişcările militarilor trimişi la spital spre căutare, la infirmerii sau la odăi, şi la sfârşitul fie-căruia trimestru dă un raport circumstanţial asupra tutulor părţilor serviciului cei sunt încredinţate, raport pe care medicul de regiment îl alătură în original cu acel ce el trebue să facă în această epocă terminarea reviziei generale.

Medicul de Batalion detaşat este îndatorat încă a informa fără întârziere pe medicul de regiment de toate faptele extraordinare relative serviciului său care se prezintă în intervale, el îi încunoştiinţează toate măsurile provizorii, ce a luat în această ocazie, conformându-se întru toate instrucţiilor ce a primit. Va vizita cu îngrijire recruţii dirijaţi detaşamentului său, îngrijind de toate prescripţiile relative la vaccinaţie, sifilis şi răie, el stabileşte o infermerie într'o odae convenabilă aplicând pentru aceasta reglementu în ceea-ce priveşte spitalele şi infirmeriile; în sfârşit constatează rezultatele şi cauzele grele asupra serviciului pe registru, conform modelului ce i se indică de şeful său.

Vizite jurnaliere la cazarmă

In toate dimineţile, înainte de raport medicul de regiment face vizita sa la cazarmă după ce a luat lista morboşilor ce sergenţii majori le depune la corpul de gardă, ca să indice pe companie sau escadron, pe acei din soldaţii ce cer îngrijirile sale şi acei ce au intrat la spital, în ziua trecută. In revizia sa observă tot ce se atinge de salubritatea odailor.

Când sunt morboşi la arest, sergentul de gardă înştiinţează pe acei mai greu bolnavi.

Dacă în timpul nopţei, sergentul de gardă primeşte ştire că cineva are trebuinţă de ajutoare grabnice, trimete pe dată un om inteligent să cheme pe medicul de regiment a căreia locuinţă este mai aproape.

Când Regimentul este împărţit în mai multe cazărmi, medicul cel mai mare în grad visitează localul principal şi trimete în celelalte pe medicii ajutori, şi raportează în urmă.

Biletele de spital se subscriu de medicul de regiment şi în lipsă-i de cel mai vechi dintre medicii de batalion.

Raport jurnalier

După terminarea vizitei, raportează Colonelului şi în lipsa-i celui mai vechi şef de Batalion propuindu-i măsurile igienice ce crede necesare şi cerând eşirea arestanţilor soldaţi, ce crede că nu mai pot sta fără pericolul sănătăţii lor, şi care cu toate acestea nu sunt în caz de a merge în spital.

El trece adesea prin bucătării ca să examineze calitatea alimentelor şi curăţenia lor.

In circumstanţe grave medicii pot primi ordin de a petrece alternativ noaptea în cazarmă.

La ora fixată pentru raport, medicii unindu-se cu cei lalţi ofiţeri, dă raport de starea serviciului său.

Ofiţeri bolnavi

Când un ofiţer se îmbolnăveşte şi este curarisit de medicul regimentului, acesta face cunoscut Colonelului; în cazul contrar, adică: când se constată că un medic civil el poate însărcina pe unul din medicii militari cu vizita ofiţerului ca să poată raporta de starea lui.

Scutirea din serviciu pentru patru zile

Nici un om nu poate fi scutit de serviciu pentru morbă sau accident de cât după un certificat al unui medic. Certificatul nu se dă de cât după un examen scrupulos și nu mai mult de cât pentru patru zile, după care se poate preînoi dacă trebuința cere.

Medicul de regiment vizitează cel puțin de două ori pe săptămână morboșii regimentului său ce sunt în spitale.

El se înțelege cu șefii de serviciu în spitale și aceștia îl cheamă în consultație pentru toate cazele grave ce s'ar face bolnavilor, dar nu au de cât vot consultativ și nu pot dirija tratamentul de cât în caze excepționale.

Când sunt mulți morboși, sau lipsa de medic de serviciu în spital, medicul de regiment și cei de batalion intră în serviciul spitalelor conformându-se întru toate cu reglementele în vigoare.

Serviciurile extraordinare nu-i scutește de obligațiunile către regiment.

Indicația locuinței

Indicația locuinței medicului de regiment și orele în care se poate găsi se afișeaxă în corpul de gardă al regimentului.

Consultațiile gratuite

Medicii de trupă sunt datori consultațiile lor gratuite la ori-ce individ din corpul lor.

Vizita sanitară generală

O dată pe lună cel puțin medicul de regiment face o vizită individuală, sergenților, brigadierilor, caporalilor și soldaților spre a recunoaște morbele venerice și ale pielei.

Sergenții se vor examina într'o odae deosebită, asemenea și caporalii și brigadierii.

Băile

Medicii de regimente propun în timpul verii băile în râuri dacă o judecă de trebuința și acompaniază sau trimete să însoțească comanda unul din ajutorii săi. Băile individuale trebuesc cu străşnicie oprite mai cu seamă în râurile ce sunt prea adânci sau al căror curs este prea repede.

Vaccinația

Medicii de regimente sunt îndatorați a vaccina recruții și militarii sub arme, care în lipsa semnelor materiale de variolă sau vaccinare par succecptibili de această operațiune.

Este neapărat a nu se pierde din vedere, că o atenție nepre-curmată asupra vaccinații este de un mare interes ca mijloc preparativ în contra epidemiilor. Medicii de regimente în districte pot ca să adreseze medicilor civili ca să dobândească vaccin bun; ei trebue să păstreze însuși vaccin între două lame de sticlă și în pene de gâscă, vaccinând pe dată și de mai multe ori în ori-ce sens dacă trebue pe toți oameni, cari nu au fost încă vaccinați sau ale căror semne par îndoioase.

Se va ține un registru de toți militari ce a vaccinat și rezultatele acestei operații.

Marșuri

In timpul marșurilor, oamenii morboși sau osteniți ce nu sunt admiși a se sui în care, plec odată cu regimentul, mersul lor se regulează după al celor slabi. Acei ce nu pot purta armele merg împreună cu carele. Dimineața la ora (deșteptărei) destinată pentru plecare, morboșii și cei osteniți se adun la locul de plecare. Medicul hotărăște pe acei ce trebue să meargă în care și acei ce are să meargă fără sacuri. Această înpărțire se face prin liste scrise.

Un sergent este însărcinat special cu privegherea.

Dacă sunt oameni greu bolnavi ce nu pot să se adune la locul de plecare, medicul îi va vizita la locuința lor de unde vine să 'i ia carele.

După înțelegerea cu Colonelul, medicul ia toate măsurile necesare spre a se opri intrarea soldaților în spitale pe drum; dacă însă această măsură ar deveni neapărată din cauza cazelor grave, morboșii se vor da în primirea medicului șef al spitalului cel mai apropiat sub luare de chitanță indicând: muniția ce are cu dânșii și starea în care s'a predat.

La fie-care odihnă medicul revizuește din nou bolnavii adunați la un loc și apoi la locurile destinate ca să se asigure dacă au toate îngrijirile cuvenite.

In caz de separația coloanei, medicul de regiment merge cu Stat-Majorul și ajutorii cu partea detașată. Cel mai vechi medic de batalion detașat va merge cu trupa cea mai numeroasă; rămâne la medicul de regiment a judeca aptitudinea specială a ajutorilor săi și a le distribui rolele ce le convine mai bine.

Când unul din batalioane ocupă un oraș important și mai cu seamă Capitale; medicul de batalion se schimbă la fie-care trimestru, ast-fel ca fie-care pe rând să poată profita de spitale pentru întinderea instrucțiilor.

Medicii de batalion detașați înplinesc către ofițerul comandant al trupei toate îndatoririle medicului de regiment către Colonel.

Sub scrisul dar spre a putea totdauna cunoaște starea comparativă a morbelor după localități, diferitele ameliorații aduse în traiul soldatului; precum și spre a aprecia exactitatea cu care fie-care își îndeplinește datoriile, vă invită domnilor medici de regimente ai trimite în fie-care semestru:

1. Efectivul regimentului la care sunteți atașați coprinzând:
Sergenți; Soldați; Recruți.
Și răspândirea în care se află regimentul.

2. Numărul morboșilor observând distincția de sergenți, soldați vechi și recruți.

3. Causele predominate de morbe, igiena soldaților din punctul de vedere al nutrimentului, locuinței, înbrăcămintei, numărul orelor de odihnă, care le sunt acordate după fie-care rând de serviciu, ostenelile extra ordinare ce li se impune precum: beilicuri, marșuri forțate etc.; și influența ce are postul asupra sănătăței soldaților.

4. Proporția sifilitică cu celelalte morbe, deosebind și aci sergenți, soldați vechi și recruți.

5. Care sunt îngrijirile igienice care se ia spre a combate deosebitele afecțiuni la care sunt supuși recruții la ajungerea lor în corp.

Imi veți indica deosebit dacă sunt afecțiuni particulare în cele dintâi luni de serviciu și în asemenea caze ce măsuri sau luat spre a le putea combate.

6. Care sunt ameliorațiile practice ce se pot introduce pe dată în igiena trupelor.

Această chestie de mare însemnătate o recomand dumneavoastră domnilor medici și cred că apreciând tot binele ce poate decurge nu veți lipsi a concura cu cel spre dobândirea unui fericit rezultat.

Cel dintâiu raport efectiv se va prezinta la 31 Martie viitor.

Inspector general **Davila**

Medic Colonel Dr. MIHAIL CĂLINESCU

DARE DE SEAMĂ

DE

MIŞCAREA BOLNAVILOR DIN SPIT. MILITAR „REGINA ELISABETA“ IN CURSUL LUNEI AUGUST 1909

In decursul acestei luni s'a dat îngrijiri medicale la un număr de 896 bolnavi cu un număr de 9.917 zile de cură.

Bolnavii au fost repartizaţi pe servicii după cum urmează:

Serviciul Medical

In cursul acestei luni s'au tratat 285 bolnavi.

Intre boalele generale cea mai frecventă a fost *febra palustră.* cu un număr de 85 cazuri (28 rămase din luna precedentă); din cele 85 cazuri, 6 sunt de *febră continuă,* iar marea majoritate sunt cazuri *febră intermitentă simplă,* în genere intermitentă terţă.

Febra tifoidă s'a prezintat cu 14 cazuri, mai toate fără siptomatologia clasică, dar cu febră continuă care nu ceda chininei; în cele mai multe cazuri numai sero-diagnosticul a decis natura boalei.

Reumatismul poliarticular s'a prezintat cu 20 cazuri şi anume: 8 cazuri acute, 1 sub-acut, 1 cronic, 1 blenoragic (2 articulaţii prinse) şi 9 cazuri dureri reumatice afectând tipul osteocop.

Tuberculoza s'a prezintat cu 5 cazuri de tuberculoza pulmonară şi 2 cazuri de tuberculoza pleuro-peritoneală.

La boalele aparatului respirator sunt şi 21 cazuri de Pleurezie; 2 de pneumonie, 7 bronchite acute.

Intre boalele sistemului nervos important un caz de mielită care şi-a făcut începutul în serviciu. Acest din urmă caz prezintă interes clinic, de oare-ce de la început fiind considerat ca de natură sifilitică, s'a supus chiar de la început tratamentului specific, ceace a adus o repede vindecare. Cliniceşte, bolnavul a început prin a se plânge de dureri lombare, apoi a apărut o slăbiciune în membrele inferioare, slăbiciune care s'a accentuat pentru membrul stâng; tulburări sfincteriene au precedat tulburările paralitice acestui membru, bolnavul având incontinenţă de materii fecale şi retenţie de urină. Ca tulburări de sensibilitate, o uşoară hipo-estezie la membrul inferior drept (la durere). Reflexele au rămas normale; numai cel cremasterian stâng şi abdominal inferior stâng erau mult diminuate. Deja după prima injecţie intramusculară cu salicilat au cedat aproape toate simptomele, iar după a 2-a au cedat complect.

Un caz de moarte prin Uremie. Bolnavul ipotermic, puls rar anorexia; albumină în urină, care a dispărut în ultimele zile, dând loc la poliurie; dureri abdominale, vărsături, puţină redoare a cefei, obnubilaţie intelectuală. La autopsie nu s'a găsit de cât focare infarctice în ambi rinichi (vechi).

Divizia mixtă

In cursul acestei luni au fost trataţi în acest serviciu 83 de bolnavi, din care 42 pentru boale medicale, 29 pentru boale chirurgicale şi pentru boale venerice şi sifilis. Majoritatea bolnavilor sunt deţinuţi, 44 din închisoarea militară, 11 din închisorile corpurilor de trupă din Bucureşti şi Piteşti.

Afluenţa bolnavilor de acest fel imprimă un caracter particular morbidităţei acestei diviziuni, afecţiunile pretuberculoase, tuberculoza şi anemia sunt în proporţie cu numărul bolnavilor, îndoit mai numeroase de cât în celelalte servicii; sifilisul urmează şi el aceaşi cale iar simulaţiile se întâlnesc în mai mult de $^3/_4$ din cazuri, fie că se exagerează sau se caută a prelungi boala pentru a întârzia cât mai mult întoarcerea la regimul sever al închisorei, fie că simulează o boală de la început. Observând că noi punem mare atenţiune în isolarea boalelor venerice şi mai cu seamă a sifilisului, iar aceste fiind uşor de studiat, prin observaţie proprie sau prin destăinuirile unui camarad, foarte mulţi caută să intre în spital producându-şi lesiuni asemănătoare celor sifilitice. Mai ales plăcile mucoase sunt foarte des produse în mod artificial; chiar în luna aceasta am avut două casuri de plăci mucoase produse prin canterisarea mucoasei bucale cu acid citric. Producerea lor se face în modul următor, se aşează un cristal de acid citric între buză şi gingii şi se ţine până se topeşte complect. Se obţine ast-fel mai totdeauna o placă albă, scobită, simulând perfect leziunea sifilitică corespunzătoare. Am avut şi cazuri de acest fel de plăci produse prin canterizare cu nitrat de argint, dar în acest cas albeaţa plăcei dispare după zi sau două, pe când cu acid citric rămâne constant albă.

Caracteristic este faptul că aceste plăci nu se găsesç pe pilieri sau amigdale şi nu sunt însoţite nici de tumefacţii ganglionare, nici de alte manifestaţiuni specifice. Insist mult asupra acestora de oare ce sunt foarte des utilizate şi mulţi au mărturisit că s'au servit de ele pentru a scăpa de concentrări, manevre.

Ulcerul veneric este greu de simulat; s'a găsit totuşi deţinuţi care să încerce; unul producând cu nitrat de argint o ulceraţie rotundă, în mărimea unei piese de un leu pe gland; a fost imediat înapoiat închisoarei cerându-ise pedepsirea, altul producându-şi cu var două ulceraţii profunde în şanţul balanic, acestea infectându-se au determinat producerea unei postite.

Blenoragia, nu face parte dintre boalele cari se pot simula uşor, mai mult se caută a prelungi boala, eschivându-se de la tratament; am avut însă pe soldatul ţigan Petina Dumitru, care a reuşit să mă înşele mai mult timp, introducându-şi în uretră pâine neagră foarte fin mestecată în gură. Examenul microscopic al *secreţiunii* a divulgat înşelăciunea.

Activitatea chirurgicală a serviciului a fost cu totul redusă în această lună; neavând nici un caz important.

Serviciul boalelor de ochi

In serviciul boalelor de ochi s'au tratat 65 bolnavi. Afecţiuni cu caracter epidemic, au fost 4 cazuri de: *Oftalmie purulentă* din epidemia de oftalmie din cursul lunei Iulie.

Fenomenele inflamatorii la aceste cazuri au fost de mai mică intensitate asemenea şi secreţiunea s'a micşorat din primele zile şi amendat după a 6-a zi.

Conjunctivită granuloasă şi Panus: trei cazuri, la care am făcut raclajul cu cureta Abadie şi fenomenele inflamatorii, s'au amendat, unele granulaţiuni au fost distruse, se mai văd însă pe alocurea.

Cinci cazuri de ulcer vast pe cornee cu hernia irisului, 3 în urma tratamentului au eşit vindecaţi, 2 se află încă în cură.

La toţi aceşti bolnavi, întârzierea vindecarei se datoreşte în parte, stărei lor debile, cărora pe lângă tratamentul local, li se mai face şi cel tonic.

Un caz. Coloboma congenitală a irisului coroidei și nervului optic drept cu ambliopie dreaptă cu o dr. V=O.

Acest caz are importanță mai mult ca raritate, leziunele fiind distincte și caracteristice infirmității, neputând să se facă nici un tratament, bolnavul a fost reformat.

Un caz. Oftalmoplegie totală dreaptă. Globul ocular drept nu ia parte la mișcările de convergență, nici la mișcările de lateralitate, pare fix, mușchii fiind cu totul paralizați. Mai mult încă, ia parte și ridicătorul pleoapei ; ochiul se prezintă cu ptosis aproape complect, asemenea și există și o paresă a acomodații.

O dr. V=O. Papila pare strangulată și pare acoperită de un nor care se manifestă mai mult la margine, simptome caracteristice ale nevritelor optice.

Nu are nici albumină nici zahăr. Reacția Vassermann pentru sifilis : serul bolnavului n'a fixat alexina în prezența antigenul sifilitic.

Serviciul chirurgical

In cursul acestei luni, s'au tratat în acest serviciu 144 de bolnavi, dintre care 42 aflați din luna Iulie 1909 și 102 intraț după la diferitele corpuri de trupă. Numărul zilelor de tratament a fost de 2.179 zile, ceea-ce revine în termen de mediu 15 zile de ședere în spital de fie-care bolnav.

S'au tratat în serviciu :

1 caz de reumatism articular cronic ;
2 „ „ anemie ;
1 „ „ mușcătură de câine turbat ;
2 „ „ presupuse calcule vesicale ;
1 „ „ epilepsie, care s'a evacuat serviciului medical;

Ca boale ale aparatului respirator, am avut un caz de Pio-pneumo-torax la care s'a făcut toracotomie și s'a rezecat coasta 8-a pe o întindere de 5 c. m. (rămas în serviciu).

Ca boale ale aparatului circulator am avut :

4 cazuri de adenite cervicale ;
7 „ „ „ inguinale ;
1 „ „ „ crurală fimică ;

Tratamentul întrebuințat a fost : în cazurile de adenite cervicale, iodurul de potasiu la interior și unguentul cu iod-iodurat la exterior. In adenitele inguinale și crurale s'a făcut extirpația maselor ganglionare.

Ca boale ale aparatului digestiv am avut:

1 caz de amigdalită;
1 „ „ prolaps rectal;
1 „ „ hemoroizi externi;
1 „ „ fistulă perianală;
2 „ „ abcese alveolo-dentare;
1 „ „ apendicită;
2 „ „ impulsia peret. abdominal;
1 „ „ carie dentară;
19 „ „ hernii inguinale;
2 „ „ eventraţie inguinală;

Tratamentul întrebuinţat în hernii a fost: cura radicală după procedeul Lucas Championnière, Bassini-Barker, Toma Ionnescu. In eventraţiile abdominale s'au executat mioplastii. Apendicita şi prolapsul rectal sunt încă în serviciu.

Ca boale ale aparatului genito urinar, am avut:

3 cazuri de calcule nefretice;
1 „ „ fimoză operată;
3 „ „ epididimită tuberculoasă;
1 „ „ hidrocel;
9 „ „ variocel;
1 „ „ chist al cord. spermatic;
3 „ „ orchite traumatice;

In epididimitele tuberculoase s'au făcut epididimectomii ori castraţii. In hidrocel s'a întrebuinţat cura radicală procedeul Doyen cu inversiunea vaginalei. In varicocele s'a întrebuinţat după cazuri, cura radicală, prin rezecţia unei pachet de vene varicoase, sau aceasta combinat cu rezecţia scrotului.

Ca boale ale aparatului osos, am avut:

4 cazuri de osteo-periostită;
2 „ „ carii metatarsiene;
1 „ „ fractură comin. a humerusului;
1 „ „ calus voluminos al gambei drepte;
3 „ „ facturi a oaselor gambei;
1 „ „ „ a claviculei stâng la $^{1}/_{2}$ ei;
1 „ „ „ a peroneului în $^{1}/_{3}$ inf.;

In osteo-periostită s'a făcut deschiderea şi raclarea osului; în cariile metatarsiene s'a făcut sau incizii profunde şi raclaj ori ablaţiunea metatarsianului bolnav. In fracturi am întrebuinţat: în aceia a humerusului, aparatul gipsat al lui Hennequin, care ne-a dat rezultat admirabil; în fracturile oaselor gambei am întrebuinţat aparatul lui Maisoneuve iar fractura peroneului fără deplasare s'a tratat prin masaj. In fractura claviculei am întrebuinţat aparatul lui Gerdy.

Ca boale chirurgicale, am avut:

10 cazuri de contusiuni în diferite reg. ale corpului;
5 „ „ plagi contuse;
2 „ „ „ prin tăere;
1 „ „ „ „ înpungere;
3 „ „ „ „ armă de foc;
6 „ „ combustiuni;
6 „ „ flegmoane în diverse regiuni;
3 „ „ abcese;
3 „ „ cicatrice dureroase;
1 „ „ abces rece;
2 „ „ ulcere cronice varicoase;
3 „ „ corpi străini în diferite regiuni;

Diversele plăgi, flegmoane şi abcese s'au tratat prin incizii şi pansamente aseptice. Intr'un caz de plagă prin armă de foc în regiunea precordială s'a făcut de către d-rul Gomoiu toracotomie exploratrice şi resecţia unei porţiuni din coasta a 6-a s'a făcut hemostază prin sutura plămânului stâng, care era lezat şi sângera mult.

In abcesele reci s'a făcut sau numai golirea pungei cu aspiratorul Dieulafony sau după golirea lui s'a injectat oleo-iodoformo-creozotat. In ulcerele cronice ale gambei s'a încercat tratamentul cu inciziile circulare Dolbeau-Nussbaum, bolnavii sunt încă în serviciu şi-i vom urmări spre a vedea resultatul terapeutic. Corpii străini au fost extraşi prin incişii.

Boale venerice (ofiţeri) ce ne-au venit în serviciu în număr de 2 au fost evacuaţi serviciului dermato-sifilitic.

Operaţiunile au fost executate prin rachiostovanizare $(^1/_{10})$, cloroformizare, stovanizare local $(^1/_{10})$ şi Kelènisare.

Am făcut 11 Rachiostovanizări şi anume: de 4 ori pentru hernii inguinale, de 2 ori pentru varicocele, de 2 ori pentru hydrocele, o dată pentru extirpare de ganglioni şi de 2 ori pentru epididimectomii.

Sub cloroform s'au făcut, 3 intervenţii şi anume: de 2 ori pentru resecţie de coaste şi odată pentru amputaţie de gambă.

Cu stovaină local s'au extras de 2 ori corpi străini.

Cu clorur' d'Ethyl (Kélène) s'au incizat 2 flegmoane profunde *In vivo* s'au incisat, toate cele alte fistule, abcese, plăgi etc. Cazurile cari au necesitat reforma au fost:

2 cazuri de adenite cervicale fimice;
1 „ „ Epididimită tuberculoasă;
1 „ „ Tuberculoza testiculară;
8 „ „ ulcere cronice ale gambei;

Am avut 4 bolnavi cari au sucombat şi anum:

1 caz de Pio-pnemotorax şi;
3 „ „ combustiunui generalizate produse prin explozie de pulvere cu bază de nitro-glicerină de la Pyrotechnia armatei.

Divizia boalelor contagioase

In cursul lunei August s'a tratat două-zeci şi doi de bolnavi de febră tifoidă, dintre care doi-spre-zece au eşit vindecaţi complect, nouă rămaşi pe luna Septembrie şi un mort de miocardită ca complicaţie a *febrei tifoide.*

Cei doi-spre-zece bolnavi concediaţi a venit în convalescenţă evacuaţi de la serviciul medical.

2. Şapte bolnavi de dizenterie care nu au urmat nici o medicaţiune ci numai *injecţie cu ser antidizenteric* şi au eşit complect vindecaţi.

Acestora li s'au făcut examenul bacteriologic al materiilor fecale şi la patru din ei s'a constatat prezenţa bacilului dizenteric.

Serviciul boalelor venerice. In acest serviciu au trătaţi 264 bolnavi cu un număr de 3.279 zile. numărul mare a fost de blenoragia acută şi cronică cu un număr de 90 cazuri şi de scabie cu 45 cazuri. In blenoragie tratamentul a fost cel obicinuit cu oxicianur de mercur $^{1}/_{3000}$ spălături uretro-vezicale din prima zi. In 7 cazuri de sifilom primar s'a găsit în mod constant *spirochate pallida* în serozitatea rezultată din exprimarea şancrului, colorânduse cu procedeul Schereschewski după fixare cu alcool metilic. In 36 cazuri de manifestaţiuni secondare de sifilis să găseau spirocheţi foarte numeroşi mai ales în lesiunile papulo-erozive scrotale şi perianale.

Intr'un caz de *stricturi filiforme ale uretrei* s'a făcut fără anestezie uretromie internă cu uretrotomul lui Maisonneuve s'a introdus o sondă cu capătul tăiat No. 18, lăsând'o 3 zile pe loc şi incepând dilataţiile cu sonde Béniyué după 7 zile.

S'a făcut rachistovanizare în 6 cazuri pentru intervenţie în cazurile de fimoză şi anestezie locală cu cocaină 1 $^0/_0$ în 15 cazuri de adenite inguinale supurate (şancroase).

In secţiunea de Bacteriologie a Laboratorului s'a făcut 150 examene de tumori patologice în 10 cazuri de disenterie s'a isolat 6 dizenterici cu caractere comune Shiga-Kruse şi Flexner; s'au făcut şi 8 examene de apă.

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante streine

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Şedinţa din 3 Iunie, 1909

H. DUFOUR et CHAZAL.—**Maladie de Basedow sans hypertrophie du corps thyroïde associée à une atrophie myopatique scapulo-humérale et au rhumatisme déformant.** Sindromul lui Basedow era tipic (cu exoftalmie) exceptând guşa care era absentă. In plus existau celelalte 2 turburări trofice. Asociaţiunea primelor 2 turburări e pusă de autori pe contul degenerescenţii. Cât pentru reumatism nu poate fi vorba aci de reumatism ipotiroidian. Autorii cred de alt-fel că existenţa unui reumatism „tiroidian“ nu e încă probată în mod definitiv.

HENRI ROGER.—**Abcès cerbraux multiples à forme hémiplégique au cours d'une infection pulmonaire avec dilatation et infection bronchiques.** Abcesele multiple cu diplococi s'au tradus printr'o hemiplegie apiretică. A priori în acest caz ce ar fi putut părea mai probabile fiind vorba de o emiplegie la o femee tânără erau sifilisul cerebral, o embolie de origine cardiacă o placă de meningită sau un tubercul. Primele trei au fost eliminate (meningita prin examenul lichidului cefalo-rachidian). Diagnosticul precis s'a făcut numai la necropsie.

SOUQUES.—**Tumeurs de l'angle ponto cerebelleux dites du nerf acoustique Diagnostic topographique et traitement chirurgical.** Pe baza a 2 observaţiuni din care una însoţită de examen anatomapatologic autorul conchide că diagnosticul trebuie făcut când ne aflăm în prezenţa sindromului cerebelos coexistând cu paralizii a nervilor cranieni acustic, facial, glosofaringian, pneumogastric, etc. Surditatea bilaterală poate fi însă un simptom de compresiune intracraniană. Tratamentul chirurgical a fost urmat de moarte în trei sferturi de cazuri. Dar a dat şi vindecări durabile. Preparaţiunea decompresivă simplă poate face să scadă cefaleea turburările de vedere etc.

Sicard afirmă că durerile trigeminale cu anestezie consecutivă a teritoriului părechei a V-a pledează pentru localizarea tumorei în partea anterioară a regiunei pontocerebeloase.

RAYMOND et ROSE. — **Autopsie d'une malade atteinte de paraplégie spasmodique familiale.** Contrariu tuturor aşteptărilor, în loc de a se găsi ca de obiceiu o scleroză combinată, sistemul nervos s'a arătat indemn de ori-ce leziune aparentă.

ACHARD et FOIX. — **Hématomyelie.** Paralizie a membrilor inferioare şi a extremităţilor celor superioare apărută brusc în urma unei sforţări, sindromul d-nei Déjerine Klumpke, permite localizarea la partea inferioară a umflăturei cervicale. Nu există disociaţie şiringomielică dar un sindrom al lui Brown Séquard atenuat, turburările motorii au tipul spasmodic. Autorii admit o hematomielie ce a realizat o leziune persistentă a măduvei.

ACHARD et FOIX. — **Symptomes tabétiques avec arthropatie sans leucocytose céphalo-rachidienne.** Autorii nu cred că absenţa limfocitozei permite să se infirme diagnosticul de tabes. Amintesc de un caz de paralizie generală cu examen necropsic în care de asemenea limfocitoza era absentă.

CHENET et JUMENTIE. — **Un cas de syringomyelie avec mutilations spontanées des doigts.** Autorii exclud diagnosticul de lepră şi ainhum rămânând la cel de singomielie. Existau turburări de sensibilitate tactile dureroase şi termice primele fiind totuşi mai pronunţate.

LEJONNE et TOUCHARD. — **Atrophies musculaires multiples d'origin tuberculeuse probable.** La un bolnav cu o tuberculoză torpidă se notează atrofii musculare multiple ale căror caractere par a indica o asociaţiune de polinevrită cu leziuni musculare primitive a căror natură intimă nu se poate determina dar cari par în raport cu tuberculoza bolnavului.

CLAUDE et SCHAEFFER. — **Diplégie cérébrale spasmodique de l'enfance aux symptomes associés.** Pe lângă diplegie se notează o dublă paralizie facială cu caracter periferic ce ar fi în raport cu leziuni meningee, imposibilitatea de a executa succesiv şi repede mişcări delicate mâinile în fine o susceptibilitate specială pentru zgomote cari pot determina o tremurătură cu anxietate.

ANDRE THOMAS et PAUL LABBÉ. — **Amyotrophie globale du membre inférieur, vraisemblablement d'origine myhelopatique chez une enfant atteinte d'hémiplegie cérébrale fruste.** Autorii admit că amiotrofia membrului superior ţine probabil de o paralizie infantilă. Localizarea s'a făcut de partea hemiplegică.

ANDRÉ THOMAS. — **De la nature organique de certaines chorées de Sydenham.** Trei cazuri cu fenomene ce indica turburări ale fasciculului piramidal. Autorul admite că e vorba de encefalite sau meningoencefalite uşoare.

C. VINCENT. — **Un nouveau caz de meningite chronique syphilitique sans symptomes cliniques.** In acest caz sifilisul fusese contractat cu 8 ani mai înainte. Bolnavul a venit să se plângă din cauza avorturilor succesive ale femeei sale. El însuşi nu prezenta de cât puţină instabilitate a feţii şi limbei. Puncţiunea lombară arată o limfocitoza enormă şi albumină. Puncţiuni lombare repetate la intervale de mai multe luni au dat acelaş rezultat.

C. PARHON et G. BAIATO. — **Note sur un cas des rhumatisme chronique associé à l'hémiplegie. Prédominance des déformations du côté opposé à l'hémiplegie.** Cazul acesta şi acela al lui Achard şi Ribot pun problema influenţei hemiplegiei asupra evoluţiunei deformaţiunilor articulare. Se pare că diferitele condiţiuni create de hemiplegie se opun evoluţiunei de partea paralizată a deformaţiunilor.

C. PARHON.

Revsite şi publicaţiuni străine

Fiziologie normală şi patologică

H. BUSQUET et V. PACHON.— **Contribution à l'étude de la mesure quantitative des actions d'ions sur les organes vivants et isolés. Grandeur comparée de l'action toxique exercée sur le coeur par des solutions equimoléculaires de divers sels de Potassium.** *(J. de Phys. et de Path Générale,* 15 Martie 1909 No. 2).

E o foarte bună lucrare de laborator, cu numeroase graphice. Autorii experimentând chlorura, bromura, iodura, nitratul, chloratul, pirocyanum, formiatul, acetatul, lactatul de potasium în soluţiuni equimoleculare, asupra inimei de iepure isolată, irigată de liquidul lui Ringer-Locke (Nacl 9 gr. Kcl, $Cacl^2$ Co^3 Na aâ gr. 20 glucoză 1 gr. apă 3 pentru un litru) demonstrează odată mai mult că toxicitatea sărusilor de K ie în strânsă legătură cu dissociaţiunea lor electrolytică. Chlorura, bromura de K care au o dissociaţie electrolytică mai forte, sunt mai toxice de cât acetatul sau lactatul de K, al căror dissociaţie electrolytică ie mai slabă. Independent prin urmare de Fenonea brută de metal în soluţiuni, intensitatea reacţiunilor biologice depind de tenoarea în ioni al acestor soluţiuni.

LALU

E. de CYON. — **Quelques mots à propos de la „Contribution à la physiologie de l'Hypophyse" de Ch. Livon.** *(J. de Phys. et de Path. Générale* 15 Martie 1909 No. 2).

Autorul contestă rezultatele negative obţinute de Ch. Livon (vezi analiza din No. al acestei reviste) şi-i critica procedeul operator, care ar fi foarte defectos. Acestei cauze trebuieşte atribuită, moartea rapidă survenită în urma ablaţiunei hypophizei făcute de Ch. Livon, pe când autorul a avut câni complectamente hypofizectomizaţi, cari au trăit şi 26 de zile.

Deaseminea i se pare probabil că o parte din câini utilizaţi de Livon suferea de-o atrophie a hypophyzei cea-ce se întâmplă la rasa de câini din Berna, care au în acelaş timp şi o hypertrophie a tyroidei.

Excitaţiunele părţii anterioare al lojei hypophyzare care au dat rezultate pozitive lui Livon, rămân inexplicabile pentru autor, de cât atribuindu-le unui rest de hypophyză.

De Cyon care ie pe cale de aşi tipări lucrările lui physiologice, îşi propune să ne dea un studiu complect asupra acestei glande. Fără a anticipa asupra rezultatului care va rămânea, dobândit pentru ştiinţă, din această discuţie reese dificultăţile enorme pe care le întâmpină experimentatori în cercetările physiologice şi dacă părerea lui Cyon va triumfa, va fi o probă mai mult de mică valoare pe care o au rezultatele negative în ştiinţele experimentale, de acest ordin.

Pentru moment trebuie totuşi să constatăm că de Cyon nu răspunde în totdauna cu argumente valabile la cercetările lui Livon şi că trece sub tăcere constataţiunea clinică următoare: ca în cazurile de tumori hypophyzare şi de acromegalie, nu se constată tulburări circulatorii importante.

LALU

J. GAUTRELET. — **La Choline, son rôle hypotenseur dans l'organisme** *(J. de Physiol et de Path. Générale* 15 Martie 1909 No. 2).

Autorul revine în detailu asupra cercetărilor lui, care au făcut obiectul unei comunicări la Academia de Ştiinţă (C. R. A. S. 13 Aprilie 1909 No. 15, vezi Revista Ştiinţelor Medicale No. .).

Cholina ie hydrat de trimethyl-hydroxthylen-ammonium $Oh - Ch^2 - Ch^2 Az (Ch^3)^3 - OA$, vecin cu ptomainele şi mai ales cu nevrina, în care se transformă perzând o moleculă de apă.

Procedeul de extracţie a cholinei ie următorul: organele din care voim să-o extragem să tratează cu alcohol forte care solveşte cholina. Aceasta să tratează cu chlorură de potasiu în soluţie alcoolică. Precipitatul obţinut să se facă şi se solveşte din nou în apă şi acohol slab şi ie lăsat să cristalizeze prin evaporaţi. Florence de la Lyon a dat procedeul următor foarte rapid şi foarte sensibil, pentru a determina prezenţa cholinei: Să ia câte-va picături din soluţia alcoholică din care voim să constatăm presenţa cholinei şi se pun pe o lamă, adăugăm câte-va picături din soluţia Iod 2, I K 6, apă 100, acoperim cu o lamelă şi examinând la microscop. Constatarea de cristale, comparabile cu cele de hemină, de o culoare neagră caracteristică, atestă prezenţă cholinei. Denigès a întrebuinţat acest procedeu foarte sensibil pentru a recunoaşte urme de spermă, descriindul chiar ca o methodă de expertiză medico-legală.

Concluziunele acestui memoriu, unde se găsesc multe grafice şi o bibliographie aproape complectă asupra cholinei sunt următoarele:

1. Cholina are un efect hypotensor.

2. S'a determinat prezenţa iei, în pancreas, splină, ovare, thyroidă, rinichi, testicul, hypophyză, in glandele salivare, măduva, mucoasa gastrică şi intestinală.

3. Extractele alcoholice ale acestor ţesuturi au în mod normal un efect hypotensor. Dacă cholina ie precipitată, injecţiunele acestor extracte nu mai au nici un efect asupra presiunei sanguine.

4. Extractele alcoholice ale acestor organe neutralizează acţiunea hypertensivă a adrenalinei, întocmai cum o neutralizează de alt-fel şi cholina.

5. Systemul glandelor cu cholina poate fi considerat ca antagonist al systemului glandelor cu adrenalină. Din jocul acestor două systeme de glande depinde regularea presiunei arteriale.

6. Prezenţa cholinei într'un mare număr de glande ne poate da seama de corelaţiunele funcţionale, de synergiile observate între diferitele organe.

Ie de notat, fapt observat de Desgrez 1902, cholina injectată la iepure şi la câine, măreşte secreţiunea externă a glandelor salivare, a pancreaului, a ficatului şi a rinichilor.

LALU

J. MOLLARD et J. FROMENT. — **Urée dans le liquide céphalo-rachidien et urémie nerveuse.** (*J. de Phys, et de Path. Générale* 15 Martie 1909 No. 4).

Urea fiind o substanţă puţin toxică pentru organizm, prezenţa iei în liquidul cephalo-rachidian chiar în proporţiuni mult mai mari de cât cum se găseşte de ordinar (se admite că liq. cephalo-rachidian normal conţine câte-va centigrame la litru) ar putea să nu determine accidente toxice particulare.

Cu toate acestea la brightici, cantitatea de uree din liq. cephalo-rachidian ie în totdauna mărită. După observaţiunele culese de autori şi observaţiunele lor personale, să poate spune că de câte ori urea liq. cehalo-rachidian a atins cifra de

4 gr. la litru sau de 2 gr. la copii, cazurile de uremie observate au fost în totdauna grave.

Presența ureei în liquid, ar proba mai mult o retenție ureică, datorită unei tulburări de or-ce natură al secrețiunei renale. Căci cu cât urea eliminantă prin urine e în mai puțină cantitate, cu atât cantitatea de uree din liq. cephalo-rachidian ie mai mare în asemenea condițiuni serul sanguin conține și el o mai mare cantitate de urea. Există deci un raport direct între urea din ser și urea din liq. cephalo-rachidian corespunzând la o eliminare diminuată de uree prin urina. Prin urmare prezența ureei în liq. cephalo-rachidian nu denota nimic pathognomic. Cel mult când proporțiunele de uree ar fi considerabil mărite, am putea conchide la o uremie pură; iar când cantitatea de urea din liq. cephalo-rachidian ar fi în mici proporțiuni și bolnavul ar prezenta fenomene nervoase alarmante, diagnosticul de uremie nervoasă ar deveni mai probabil. **LALU**

Ginecologie și obstetrică

I. BLAND SUTTON.—**Degenerescența roșie a fibromelor uterine în cursul gravidității. (A lecture on the red degeneration of uterine fibroids complicating pregnancy).** *The British Medical Journal,* Iunie 1909, No. 2529 pag. 1471.

Autorul arată cum toate fibroamele uterine cresc și se ramolesc în cursul sarcinei, dar sunt unele care se comportă într'un mod special, schimbându-și colorațiunea și luând o colorațiune închisă, roșu de carne. Această colorațiune, atribuită unei vascularisații exagerate sau unor emoragii interștițiale, ar fi datorită unui fel de degenerescență; țesutul tumorei se necrosează și colorațiunea este datorită umplerei țesuturilor necrozate cu pigment sanguin.

In cazurile lui L. Smith, cercetările microscopice au dovedit prezența streptococilor în sânul acestor fibrome; în cazul de față, Bl. S., a descoperit stafilococul auriu.

In faza de debut, degenerescența roșie se traduce clinicește prin două semne: dureri și sensibilitate locală, care pot să ducă la erori de diagnostic. In formele grave, durerea este bruscă și atroce, dând impresia unei torsiuni a pedicului unui kyst ovaric sau o ruptură a unei sarcini tubare. In cazurile ușoare, durerea se calmează și dispare prin repaosul în pat. Intervențiunea, care e necesară, precizează diagnosticul.

Degenerescența roșie, zice autorul, se produce și în afară de existența sarcinei, dar se pare că aceasta o favorizează foarte mult. **G.**

W. BUSSE (Jena). — **Die Behandlung der Gebämutterblutungen mit Serum.** Tratamentul hemoragielor uterine cu ser. *Zentralbl f. Gynäkologie,* No. 7, 1909.

Sunt cazuri de hemoragii foarte pronunțate, (nulipare, femei cari au născut și la epoca menopauzei) unde nu se constată nici o preschimbare a uterului sau a anexelor și la care toate mijloacele întrebuințate sunt fără de folos (spălături fierbinți, stypticină, *raclaje repetate).*

Intr'un număr de 10 asemenea cazuri, autorul a injectat în genere de 2 ori câte 10 c. m. c. de ser uman proaspăt. Injecția a făcut-o intra-muscular și cam la o lună de interval.

In cinci cazuri, hemoragia s'a oprit imediat, în celelalte ameliorațiuni însemnate.

Autorul crede că iera vorba de hemofilice, la care prin introducerea serului s'a mărit puterea de coagulalibilitate a sângelui. **DR. MARTA RAINER**

ALBERTIN şi CHARLET.— **Cancere ale corpului uterin.** *Société des Sciences Médicales de Lyon,* 26 Mai 1909.

Autorii prezintă două cazuri de cancere ale corpului uterin extirpate prin hysterectomie abdominală totală, cu evidarea pelvisului. Pe una din piese se menţine integritatea absolută a istmului şi a colului. Cealaltă piesă prezintă particularitatea că tumora ocupă fundul unui uter care este plin de fibrome exuberante.

Autorii conchid că ar trebui să bănuim cancerul corpului uterin la ori-ce femee care are perderi după menopausă, chiar dacă se percepe prezenţa maselor fibromatoase. G.

S. CLARK.—Notă asupra unui caz de kyst hydatic al uterului; hysterectomie, moarte după 49 de ore. *The Lancet*, Iunie 1909, No. 4476, pag. 1684.

Este vorba de o femee de 30 ani, care, de 15 ani prezenta o tumefacţiune în regiunea supra-pubiană; de 4 ani, această tumefacţie crescuse atât de mult în cât avea aerul unui uter la termen. De alt-fel, bolnava nu prezenta nici un semn funcţional: nici dureri, nici turburări menstruale altele afară de oprirea lor complectă timp de un an. Nu mai avusese nici o sarcină.

La examenul apropriat, se constată că proeminenţa abdomenului e mai accentuată în partea stângă. Colul uterin e şters iar orificiul său are dimensiunile unui bob de mazere. Puncţia abdomenului dă 2—3 picături de lichid gălbui. In totul tumora făcea impresiunea unui uter la termen şi în cursul travaliului.

Se face laparotomie. Se deschide cavitatea uterină şi se puncţionează cu trocarul tumora, afară din abdomen, şi se constată că ea adera cu intestinul gros, pe o întindere de 12 ctm. Se face hysterectomie şi ablaţiunea celei mai mari părţi din tumoră, lăsând pe loc numai o mică porţiune care era prea aderentă de intestinul gros, dar acesteia 'i-s'a distrus membrana limitantă şi s'au suturat marginile în pungă.

Interventiunea a durat 55 minute dar bolnava nu s'a remontat de loc şi a murit după 49 ore, fără simptome de peritonită. G.

FABRE şi BOURRET. — **Operaţiune cesariană într'un uter fibromatos.** *Réunion obstétricale de Leon,* Mai 1909.

Autorii raportează un caz în care secţiunea cesariană a interesat un fibrom al peretului uterin; operatorul a avut impresiunea că a secţionat un membru al copilului. S'a produs imediat o emoragie foarte abondentă; fibromul a fost enucleat uşor. In cursul decolărei membranelor s'au găsit doi sau trei nuclei mici fibromatoşi pe peretele posterior; la nivelul lor membranele erau anormal aderente. Bolnava s'a vindecat fără nici un incident. G.

H. HARTMANN. — **L'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus.** *Annales de Gynécologie.* Juillet 1909.

H. Hartmann într'o lecţiune, bazat pe o literatură bogată, caută să arate superioritatea ce prezintă calea abdominală faţă de cea vaginală.

Pe calea abdominală se poate face o exciziune largă a parametriului, care ie prins în 72% de cazuri, şi o exciziune largă a peretelui vaginal.

In ce priveşte extirparea ganglionilor, H. Hartmann *crede că nu trebuie făcută în mod sistematic,* căci, bizuindu-se pe date anatomo-patologice exacte, ganglionii sunt rare-ori prinşi în cancerul corpului uterin, iar în cancerul colului, ganglionii pelvieni, singurii ce pot fi extirpaţi, sunt prinşi numai în aproximativ 13% din cazuri. Iar pe de altă parte ţinând socoteală de cercetările lui Oehleker, Rosthorn, ganglionii măriţi de volum prezintă cele mai adese-ori leziuni inflamatorii, pe când cei mici care cu greu pot fi extirpiţi sunt canceroşi.

Indicaţiunile operatorii, trebuiesc scoase din examenul vaginal, rectal şi din *cystoscopie*.

După ce arată perfecţionările tehnicei, insistând asupra excluderei cavităţii peritoneale (Mackenrodt), arată că, astă-zi chirurgii intervin în cazuri considerate odinioară ca inoperabile, că în cancerul corpului mortalitatea este aproape nulă, iar rezultatele tardive foarte bune, iar în cancerul colului a scăzut de la 20% la 70%, iar rezultatele postoperatorii sunt aproximativ de 59% vindecări după 5 ani.

DR. MARTA RAINER

KNYVETT GORDON. — **Un caz fericit de hysterectomie pentru infecţie puerperală. (A successful case of hysterectomy for puerperal infection).** *The British Medical Journal*, Iunie 1909, No. 2529, pag: 1479.

Hysterectomia în cazuri de infecţie puerperală, zice autorul, a fost foarte rar urmată de succes, pentru motivul că în momentul când se practică, streptococul a ajuns în circulaţia sanguină şi intervenţiunea vine prea târziu.

In cazul de faţă era vorba de o femee de 23 ani, sănătoasă înainte de naştere, dar căreia, din cauza retenţiei placentare, 'i s'au făcut două exploraţiuni manuale intra-uterine, în condiţiuni de curăţenie cam îndoelnică. Este adusă la spital într'o stare foarte gravă, cu vaginul acoperit de plăci de sfacel, iar din uter se scurgea un puroi abondent. 'I se face imediat un raclagiu şi o tamponare antiseptică.

Apoi, ne-constatându-se prezenţa microbilor în sângele circulaţiunei generale, se practică hysterectomia supra-vaginală, lăsându-i în loc cele două ovare; se drenează prin colul uterin, se aplică peritoneul pe deasupra, suturându-l şi se închide pântecile complect. Bolnava s'a vindecat fără nici un incident.

Autorul conchide că în asemenea cazuri histerectomia totală este preferabilă, dar în cazul de faţă, cea vaginală a avut avantagiul, zice dânsul, de a fi mult mai scurtă.

G.

P. LECÈNE. — **Epithélioma primitif de la trompe.** *Annales de Gynécologie*. Juillet 1909.

Femeie de 48 de ani, a avut trei faceri şi un avort cu 13 ani în urmă, după care a avut metrită şi peritonită. Sunt doi ani de când bolnava se plânge de pierderi abundente de sânge, la început cu caracter de menoragii.

Prin palpaţie se găsea o tumoare dură, dureroasă, de mărimea a 2 pumni ocupând hipogastrul. In groapa iliacă driaptă o tumoare cât pumnul. Prin tactul vaginal, se constată că colul ieste împins către simfiză prin o masă voluminoasă, dură, care umple fundul de sac al lui Douglas şi care se continuă cu tumoarea palpată în hipogastru.

Diagnosticul clinic: uter fibromatos cu anexite şi aderenţe pelviene multiple.

Se face hysterectomie abdominală totală. Trompa dreaptă iera distinsă, boselată şi închisă la extremitatea sa liberă. La secţiune iera plină de mese moi, seminecrozate, rozate, amintind aspectul tumorilor maligne. In uter numeroși noduli fibromatoși sub istm. In peretele posterior al uterului, un nucleu neoplazic cât o alună și dezvoltat în plin mușchiu uterin. Trompa stângă transformată în hidrosalpinx, iar în ovarul stâng un nucleu neoplazic roz, rotund în plin parenhim ovarian.

La microscop s'a găsit că tumoarea moale care umplea trompa dreaptă, iera un epitelioma atipic înfiltrat, foarte sărac în țăsut conjonctiv, foarte bogat în celule epiteliale.

Numeroasele aderențe ce înconjurau anexele, arătau *starea de inflamațiune cronică a anexelor*, care se găsesc în mod foarte frecvent în istoricul bolnavelor cu epitelioma primitiv al trompei. DR. MARIA RAINER

G. MARION. — **Inchiderea fundului de sac al lui Douglas ca tratament al unor prolapsuri uterine.** *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale,* No. 3 (Maiu-Iunie) 1909, pag. 465, (cu 3 fig.)

Marion a întrebuințat acest procedeu în cazuri în care fundul de sac avea o profunzime anormală și grație lui a obținut un deplin succes.

Technica lui este următoarea: Se face laparotomie mediană; uterul, al cărui fund se găsește adesea răsturnat în Douglas, este apucat cu pensa Museux, sau mai bine trecem un fir de catgent prin fundul lui, și îl tragem în sus și înainte. Apoi, se închide fundul de sac (Douglas) prin ajutorul unor fire resorbabile pe care le trecem în jurul fundului de sac, sub peritoneu, în așa fel ca să aplicăm fața posterioară a vaginului și a colului uterin pe fața anterioară a rectului; în general sunt de ajuns trei fire, pe care le punem de jos în sus, depărtate unul d'asupra altuia cu 1 ctm.

Fie-care fir e trecut într'o îndoitură a peritoneului și prins cu o pensă; apoi același fir e trecut de jur împrejurul fundului de sac și după acea se înoadă (întocmai ca firul care încrețește gura unei pungi): înainte, firul prinde peretele posterior al vaginului sau al colului; pe lături peritoneul parietal pelvian, iar în urmă, fața anterioară a rectului. Firul superior trebue așezat cam la partea mijlocie a colului.

După ce Douglasul e închis, se poate mări încă ante-versiunea printr'o scurtare a ligamentelor rotunde. Primul caz operat prin acest procedeu a fost revăzut după patru ani, cu rezultat perfect.

După autor, acest procedeu este indicat în cazuri de:

a) Prolapsuri ale virginelor, care sunt adevărate hernii vaginale, favorizate prin profunziunea anormală congenitală a Douglasului;

b) Prolapsuri în cari coexistența unei leziuni, oare-care (în special retrodeviațiunea ireductibilă) necesită laparotomia;

c) Prolapsuri care au recidivat, după ce au fost operate prin procedeele clasice, corect practicate. G.

H. OFFERGELD. — **Metastaze cutanate în cancerul uterului (Hautmetastasen beim Uteruskarzinom)** *Monatschrift für Geburtshilfe und gynäcologie,* Iunie 1909, No. 6, pag. 870.

Offergeld afirmă că cancerul uterin poate da loc la determinațiuni secundare din partea tegumentelor și în sprijinul acestei aserțiuni citează exemple raportate de Virchow, G. de Mussy, Lorrain, Foerster, etc.

Autorul arată că aceasta este în adevăr o complicaţiune extrem de rară de oare-ce nu s'au găsit de cât 27 de cazuri probante, dar frecuenţa relativă a acestui accident nu se poate preciza prin cifre. Din cercetările lui O, mai rezultă că:

a) Procedeul de generalizare se propagă tot aşa de bine pe cale limfatică ca şi pe cale sanguină;

b) Nu se cunoaşte nici un exemplu de generalizare cutanată prin inoculaţiuni;

c) Pielea regiunei ombilicale pare să fie atinsă mai des de cât celelalte puncte ale învelişului cutanat;

d) Evoluţia clinică a boalei este de ordinar înceată;

e) In majoritatea cazurilor, determinaţiunile cutanate survin foarte târziu, la femeile cu leziuni uterine înaintate.

G.

HUGO SELLHEIM. — **Die Verbesserung der Geburtsleitung durch Ausführung der grossen geburtshilflichen operationen von Praktikern.** *Zentralblatt für Gynäkologie.* No. 37, 1909.

Pledează pentru intrarea în practica curentă a obstetricianilor a operaţiunelor mari obstetricale, făcându-se case mici de sănătate în toate oraşele, aşa încât să se poată lucra în mod aseptic.

DR. MARTA RAINER

TAVERNIER şi STÉFANI. — **Fistulă vesico-vaginală vastă vindecată în doi timpi cu procedeul prin dedublare.** *Société des sciences médicales de Lyon,* 9 Iunie, 1909.

Este vorba de o femee de 35 ani, care a avut 8 copii. Ultima naştere, petrecută de 3 luni, a fost foarte laborioasă, necesitând aplicarea forcepsului. Puţin timp după acea a început să peardă urina din cauza producerei unei vaste fistule vesico-uretro-vaginală.

La 16 Aprilie s'a făcut o primă operaţie consistând în avivarea părţei inferioare a fistulei şi sutura în două planuri; primul plan a fost luat cât mai aproape posibil, aşa fel ca să coprindă fibrele sfincterului. Sutura ţine dar persistă o comunicare între vesică şi vagin.

La 17 Mai se practică a doua operaţiune şi anume: se debridează vaginul înnapoi şi în afară, se avivează, se dedublează şi se face iarăşi sutură în două planuri; Se aplică sonda Pezzer.

După o lună, se constată o continenţă satisfăcătoare: ea este perfectă în decubit dorsal, iar în staţiunea în picioare, bolnava pierde urina numai după două ore. Capacitatea vesicei e normală. In timpul micţiunei, bolnava poate să'şi oprească brusc jetul, cea-ce denotă o reconstituire perfectă a sficterului.

G.

TRILLAT. — **Operaţiunea lui Gigli.** *Réunion obstétricale de Lyon,* Mai 1909.

Această operaţiune a fost practicată pe o femee gravidă pentru a şeaptea oară şi care avea un bazin turtit. Copilul era mare. Naşterea la termen. Travaliul se prelungea prea mult şi bolnava nu mai putea suporta durerile. Se face secţiunea pubisului, după procedeul lui Doederlein.

Timp de două ore, durerile continuă; colul se dilată complect. Se aplică forcepsul, fără leziunea părţilor moi şi se scoate copilul viu. Urmările post-operatorii au fost excelente.

După o lună de zile, poate merge, se coboară şi se urcă în pat fără nici o durere.

G.

UTHMÖLLER (Osnabrück). — **Zur Behandlung der Eklampsie.** *Zentralblatt f. Gynäkologice,* No. 38, 1909.

Uthmöller expune *metoda venesecţielor largi* în tratamentul eclampsiei după ce uterul s'a evacuat. Prin îndepărtarea unei cantităţi însemnate de sânge (1250 grame) se îndepărtează din organizm o cantitate însemnată de substanţă toxică, se scade presiunea sanghină şi se atenuiază în mod considerabil edemele. Intr'unul din cazuri iera vorba de o primipară de 22 de ani, cu edeme la faţă şi membrele inferioare, care naşte spontan. Urina conţine multă albumină. Temperatura normală. Pulsul plin, puternic şi regulat. Un sfert de oră după eapulsarea placentei, în timp de 2 ore, cinci accese eclamptice puternice. Coma pronunţată, limba muşcată şi tumefiată.

Se face o venesecţie la una din venele braţului şi timp de 15 minute s'au scurs 1250 c. c. Pulsul a devenit slab, aşa în cât se fac 2 injecţiuni cu olei canforat. Pe urmă redevine sensibil şi se acceleriază. Faţa din violacee ce iera devine palidă, respiraţia liniştită, nu s'a mai produs nici o convulzie şi după 6—7 ore, s'a sculat în cunoştinţă complectă.

In al doilea caz iera vorba de o primipară de 20 de ani cu edeme şi cu urine albuminoase. Indată după facere, în interval de 3 ore, nouă puternice accese. Se face o venesecţie de 800—900 c. c. într'o şedinţă. Imediat convulziunele dispar, a doua zi bolnava ie bine. *Nu s'a făcut nici un alt tratament în afară de venesecţie.*

DR. MARTA RAINER

VAUTRIN et HOCHE. — **Les Fibromes de l'ovaire.** *Revue de Gynécologic et de chirurgie abdominale.* juillet — août 1909.

Din cele cinci observaţiuni, se poate vedea din nou că fibromul ovarului apare indiferent de vârstă, că iel poate da naştere la simptome variabile, că une-ori iea proporţiuni mari (9 kilograme), că alte dăţi mic fiind poate să producă o ascită considerabilă, că se poate torsiona şi degenera sarcomatos.

DR. MARTA RAINER

VIOLET şi ALAMARTINE. — **Voluminos hematocel retro-uterin, fară sarcină tubară sau ovariană. Sarcină abdominală probabilă.** *Société des sciences médicales de Lyon;* 30 Iunie 1909.

Autorii relatează observaţiunea clinică a unei femei de 34 ani, operată de Gayet, la care s'a găsit un voluminos ematocel reto-uterin, fără nici o leziune tubară; ovarul stâng suferise degenerescenţa polikistică şi conţinea un mic kyst hematic întreg.

Autorii înclină a crede că era vorba de o sarcină abdominală, de şi examenul microscopic n'a descoperit nici o urmă placentară, căci, hemoragiile consecutive kystelor hematice ale ovarului ar necesita ruperea acestora şi ele sunt de ordinar puţin abondente.

G.

Igienă

H. CADIOT et A. MANDOUL. — **Du rôle de mucas nasal dans l'épidémiologie de la diphtérie.** *(J. de Physiol et de Path. Générale* 15 Martie 1909 No. 2).

Din studiul amănunţit al unei epidemii diphterice tenace, cu perioade frequente de recrudescenţa epidemică, survenită la un regiment de dragoni, autorii ajung la condiţiunele următoare: ca în urma anghinei diphterice, bacilul lui **Loeffler** persista în fosele nasale (la persoane având sau nu rhinite). Ca forma cea mai fequentă de bacili constatată în această epidemie a fost forma scurtă (bacilul zis şi al lui **Hofmann**) care nu ie virulent, dar care aşteaptă ocaziunea de a deveni pathogen. Că acest bacil a fost constatat şi în mucusul nasal a persoanelor, cari nu au suferit de diphterie şi că în fine caracteristica acestor epidemii diphterice prin contaminare de mucus nasal, ar fi tenacitatea şi benignitatea; fapt care a fost constatat în epidemia observată de autori.

Prophylaxia unui asemenea epidemii constă mai întâi de toate în izolarea persoanelor, cari conţin în mucusul lor nasal, bacili de acestea. Injecţiunele preventive de serum sunt eficace pentru persoanele, care nu au contractat încă maladie, dar nu sunt eficace contra bacilului de formă scurtă care poate aştepta luni de zile în mucusul nasal, pentru a deveni pathogen.

LALU

ROMIEU. — **Câte-va învăţăminte din războiul ruso-japonez.** *La Province Médicale,* 15 Mai 1909, No. 20 pag. 211.

Războiul ruso-japonez, zice autorul, a fost triumful higienei militare. Morţile prin maladii, cari de obicei sunt de patru sau de cinci ori superioare morţilor prin răniri, au fost reduse de 4/9 de partea ruşilor şi la 4/10 de partea japonilor. Această slabă morbiditate prin afecţiuni medicale este datorită unei higieni foarte severe asupra celor trei puncte: al alimentărei, al îmbrăcărei şi al cantonamentelor, şi chiar unei mai bune organizaţiuni a serviciului sanitar. In privinţa aceasta, trebue să reţinem patru puncte principale: independenţa serviciului de transporturi, mobilitatea formaţiunilor sanitare, specializarea formaţiunilor de bacteriologie şi desinfectare, cohesiunea perfectă a comandamentului şi a serviciului sanitar.

Posturile de ajutoare au rămas în totdauna ateliere de ambalaj şi de expediţiune a răniţilor. Singurele două intervenţiuni permise, au fost tracheotomia şi legătura vaselor. La spitalul de campanie n'a fost, în mediu, de cât o intervenţie la 400 de răniţi.

Gloanţele au dat 80% pierderi; artileria 13%; armele albe 7%. Gloanţele moderne fac răni cari se vindecă mai bine ca celelalte, dacă nici un organ esenţial nu a fost atins. Ele nu duc cu ele de cât puţine sfărămături vestimentare şi plăgile supurează puţin; Ele supurează cu atât mai puţin cu cât soldaţii sunt mai puţin îmbrăcaţi; supuraţiunile au fost mai frecvente iarna de cât vara. Ar trebui, pentru a asigura, în condiţiuni ideale, vindecarea plăgilor, să trimetem soldaţii la luptă goi, după o bae. Proectilele de artilerie au atins relativ puţini oameni, dar rănile făcute au fost totdauna mortale, sau dacă nu, au devenit mai târziu mortale fiind infectate: Cu minele, intoxicaţiunea gazelor a făcut multe victime.

Pentru tratamentul diverselor răniri de război, principiile generale aplicate au fost următoarele; să nu se atingă plaga; să se şteargă numai pe cale uscată marginele plăgei; să se acopere plaga cu un pansament, cât de repede posibil. Adesea pansamentul individual aplicat e de ajuns pentru a obţine vindecarea rănei fără altă îngrijire.

Membrele inferioare au fost atinse în proporţie de 32%; trunchiul 28%; membrele superioare 24%; capul şi gâtul 15%. Rănile diametrale ale craniului au fost respectate; s'a intervenit în plăgile tangenţiale pentru a scoate sfărămăturile. Trepanaţiunile au fost puţine urmate de vindecare. Perforaţiuni ale plămânilor, cu simple scuipări de sânge, vindecate în 15 zile, n'au fost rare şi de aci expectativa în acest fel de răni. Se numără cinci cazuri de răniri ale cordului, prin gloanţe, vindecate fără intervenţie. Au fost foarte puţine fracturi „en sac de noix"; s'au văzut de obiceiu perforaţiuni ale diafiselor, cu lungi fisuri comunicate. S'a întrebuinţat puţin gipsul, dar în schimb multe aparate de carton sau de tifon amidonat, făcute impermeabile printr'un badigeonaj de ceară topită. Au fost puţine intervenţiuni pentru răni ale vaselor. Moartea pe câmpul de luptă este rară, chiar prin hemoragiile femoralei sau ale iliacei externe. Vasele mari fug înaintea gloanţelor şi hemostaza se face numai în rănile vaselor de calibru mic; hemoragiile interne sunt nişte *noli me trangere*; tamponamentele, fiind-că sunt urmate în totdauna de supuraţiuni, sunt de condamnat. In cazuri de anevrisme difuze, nu trebue să se intervie înainte de 3 saptămâni, dacă legătura nu a putut fi făcută înainte de 48 ore. Plăgile nervilor periferici au fost suturate cu aşezarea nervului într'un strat de ţesut muscular sănătos. La 100 plăgi articulare, 60 au supurat.

Rănirile abdomenului au fost studiate cu foarte mare atenţie. Glonţul modern, mic, aseptic, nedeformabil, face răni abdominale mai puţin periculoase. Pe de altă parte, cea mai mai mare parte dintre laparotomiile făcute în timpul războiului sunt urmate pe moarte prin peritonită; intestinul este foarte adesea gol în momentul rănirei; regula de urmat este deci abstinenţa. Instrucţia următoare fusese dată de la începutul războiului în serviciul sanitar japonez: „Nu vă atingeţi de pântice; nici o laparotomie nu răuşeşte; chiar în cazul unde laparotomiile par a se impune, neglijaţi-le, căci este mai bine să nu pierdeţi un timp preţios cu aceşti răniţi". Experienţa a verificat dreptatea acestei instrucţiuni; 415 răniţi abdominali japonezi s'au vindecat perfect fără intervenţiune. Aproape toţi aceia pe cari Ruşii i-au laparotomisat, au murit de peritonită.

G.

Microbiologie

BESREDKA. — **Du traitement préventif de l'anaphylaxie** (antianaphylaxie) (*Bullet. Inst. Pasteur* No. 17 1909).

Sunt foarte cunoscute fenomenele serice, cari survin cam la 8 zile după injecţiunea serurilor terapeutice, fenomene cari evoluează cu o intensitate cu totul particulară la persoanele, cari a mai primit o injecţiune de ser. Faptul a rămas neexplicat până la reproducerea întocmai a fenomenului la animalele de laborator şi găsirea unor mijloace de apărare contra acestor fenomene a fost urmarea. Experienţele au fost făcute de cobai cari primiseră o injecţie prealabilă ($^1/_{100}$—$^1/_{200}$ ctm.) de ser de cal şi cărora după 8—10 zile li să injectă sub dura-mater $^1/_4$—$^1/_8$ ctm. din acelor ser: fenomene grave, moarte după 2—3 minute. Rămânea, pentru a împedica ivirea acestor fenomene grave, să se intervină fie asupra toxicităţei serului, fie asupra animalului, dându-i o imunitate antianafilactică.

Temperatura de 100^0 suficientă pentru a distruge ori-ce toxicitate a serului nu poate fi aplicată la serurile terapeutice, anticorpul distrugându-se la acest grad de căldură; agenţii himici şi fizici n'au nici-o acţiune.

Temperatura 56^0 (patru zile consecutiv câte o oră) aplicată tuturor serurilor preparate în Institutul Pasteur, micşorează aproape de 4 ori toxicitatea serului fără ca să atace proprietăţile lui terapeutice. Metodă foarte potrivită şi căreia i să datorește raritatea accidentelor serice în Franța. Faptul a fost de almintrilea dovedit și experimental la animale.

Autorul a obținut însă nu numai o diminuare a acestor accidente toxice ci chiar o suprimare integrală a lor, dând animalului o stare refractară celei de a II-a injecțiune. Primul mijloc, la care s'a gândit autorul, a fost suspendarea funcțiunilor sistemului nervos în timpul injecțiunei sensibilizante — faptul a fost realizat prin narcoza animalelor cu ether sau acohol — rezultat: *imunitate care ține animalul în stare de antianafilaxie chiar 24 ore după narcoză.*

Metoda lui Rosenau și Anderson de a face injecțiuni repetate de ser în perioada preanafilactică, deși dă rezultate bune, nu e practică; autorul a demonstrat că e suficientă o singură injecțiune de ser, făcută în perioada de preanafilaxie, pentru a imuniza animalul anafilactizat pentru multă vreme, injecțiunea putând să fie făcută chiar în preziua stărei anafilactice. Mai mult să poată obține această vaccinare cu un ser absolut lipsit de toxicitate prin încălzire la 80°. Un mijloc și mai inofensiv, preconizat de autor, este de a înlocui injecțiunea vaccinantă peritoneală, prin introducerea în rect de 10 ctnic ser, încălzit la 80°, sau introducerea sub piele de foarte mici cantități de ser.

Faptul are imediat aplicațiune practică în cazurile, în cari să uzează de calea intravenoasă pentru prepararea serurilor citotoxice sau a serurilor terapeutice, în cari cazuri foarte dese ori să ivesc fenomene foarte grave, frecvent moarte. Injecțiune intravenoasă cu o cantitate minimă din cultură sau produsul citotoxic chiar cu 5 minute înainte de injecțiunea propriu zisă împedică ivirea acestor fenomene. Nu mai puțin important că uzând de aceste vaccine antianafilactic, cu multă ușurință se va putea uza de calea venoasă în introducerea serurilor terapeutice. CIUCĂ

N. BOEHM. — **Malaria und Wassermansche Reaktion.** (*Malaria* t I f. a 191—197, 1909; d. *bulet. Int. Posteur*, No. 15, 1909).

Reacția lui W. făcută la 46 de paludici, probabil îndemni de sifilis, a fost pozitivă în 34.8% cazuri (antigen extract apos și alcoolic de ficat sifilitic și extract de cord cobai).

Reacțiunea negativă în cazurile cronice, pozitivă în cazurile de terță. Cu dispariția paraziților din sânge prin quinină reacția devenea negativă. CIUCĂ.

HERMANN PFEIFFER et JOHANN FINSTERER. — **Ueber den Nachweis eines gegen das eigene Karzinom gerichteten anaphylactischen Äntikörpers im serum von Krebs Kranken nebst vorläufigen Bemerkungen zu diesem Befunde.** (Producerea unui anticorp anafilactic în serul canceroșilor contra propriului lor cancer; remarcă preliminară asupra acestui fenomen. *Wien. Kl. Woch* t XXII 15 juillet 1909 p. 989 d. *Bulet Inst. Pasteur* No. 17 1909).

Dacă să inoculează după 2 zile unor cobai, cari au primit în peritoneu din serul unui bolnav de cancer mamar, 4 ctnic din sucul exprimat al aceleași humori, animalele prezintă o ipotermie, care merge până la 34°. Aceeași reacțiune să obține cu serul unui canceros, altul de cât cel purtător al tumorei; reacțiunea complect negativă cu serul unui om sănătos.

Fenomenele de anafilaxie pasivă să explică sau prin faptul anafilactizărei organizmului cu albuminoidele tumorei (substanțe specifice străine organizmului) sau ca heterogenitatea albuminelor anafilactizante este funcție nu de celulele tumorei ci de un parazit specific al neaplaziei. Experiențele făcute ar da un prețios element în diagnosticarea unor tumori îndoelnice. CIUCĂ

E. MARCHOUX et G. BOURRET. — **Recherches sur la transmission de la lèpre.** *(Ann. Inst. Pasteur* No. 7, 1909).

Autorii amintesc lucrările anterioare a lui Leloir, Arning, Blanchard, cari atribuiau mare rol ţânţarilor în transmisiunea leprei. Du ca foarte bun procedeul de a căuta bacilii leproşi în picătură de sânge obţinută în vecinătatea nodurilor leproşi şi fixarea lamei prin înmuiarea în alcool, căruia i să dă foc pe lamă. Studiul lor făcut la Saint-Dalmos, localitate de leproşi în Alpi, unde nu să găsesc de loc ţânţari şi faptul că lepra să întinde foarte puţin în centrele mari unde sunt în tot-deauna leproşi şi foarte mulţi purici şi ploşniţe, i-au determinat să elimine aceste insecte, ea provocând contagiunea şi să atribue simulideelor acest rol; simulideele sunt insecte de apă curgătoare, diurne, dispar repede, lasă la locul înţepăturei un hemotom, în urma regurgitărei animalului. Totuşi autorii nu afirmă lucrul, atâta vreme cât nu este un animal de experienţă, care să dovedească faptul complect.

A. au încercat inoculările pe şimpanzeu, servindu-se de tuberculi leproşi, pe cari îi greza în lobulul urechei; a dobândit un nodul (deşi animalul a murit după 3 luni) cu 3 zone bine determinate; în mijloc ţesutul uman, necrozat, coloraţie slabă şi uniformă — bacili liberi, puţin numeroşi şi celule mobile de ale simpanzeului. In jurul acestui nodul, o mulţime de limfocite şi mononucleari.

Bacili numeroşi incluşi în mononucleare cu dispoziţia ca şi în tuberculii de la om. Mai în afară ţesut conjunctiv organizat, multe linfocite, nici un bacil.

Autorii au mai încercat acţiunea IK asupra maimuţelor inferioare (M. resus şi M. Cynomolgus), cărora li se grefase porţiuni dintr'un leprom, au obţinut la un animal supuraţia nodulului şi uşoare impăstări în diferits regiuni, unde să găseau baccili leproşi duşi de leucocite. CIUCĂ

Dr. I. SOREL. — **Iodure de Potassium et tuberculine** *(Ann. Inst. Pasteur* No. 7, 1909). Experienţele au fost făcute pe cobai tuberculoşi şi normali. Doza mortală de IK p. un cobai tuberculos (1 gr. 50) este puţin inferioară dozei mortale pentru cobaiul sănătos. Doza de 0.75 IK este limita pentru un cobai de 400 grame.

La animalele sănătoase doza de 0.20 grame dă o micşorare a numărului globulelor roşii şi o mărire a numărului globulelor, albe (polinucleoză intensă) polumcleoza este urmată după cât-va timp de mononucleoză, cu maximum la 5 zile după experienţă, temperatura n'a variat. La animalele tuberculoase de 8—10 săptămâni, injectate cu aceaşi doză de IK să observă aceiaşi diminuare a numărului globulilor roşii şi augmentarea numărului globulilor albi însă diferenţa: mononucleoză de la nceput fără stadiu de polinucleoză.

La animalele tuberculoase, cărora li să dădea de la apariţia sanhului tbc. chiar 0.20 IK. în fie-care zi, globulii roşii diminuă ca număr la început; revin în urmă la normală; globulii albi să măresc însă la număr continuu până la moartea animalului. Modificarea formulei lencocitare constă într'o polinucleoză, care începe 3 zile după administrarea iodurului; polinucleoza diminuă lent, timp de aproape 6 săptămâni, între a 15-a şi a 20-a zi se observă o mononucleoză (numărul limfociţilor diminuat în mod evident). După cum vedem la animalele bolnave macrofagii sunt măriţi la număr, facilitând înglobarea ca şi diseminatea microbilor în organizm; acestui mecanizm s'ar datori în parte şi generalizarea mai repede a procesului tuberculos şi moartea animalelor în 6—9 săptămâni.

Reacţiunea thermică la animalele tuberculoase în urma unei injecţii cu I K este violentă şi continuă până la moarte. Injecţiunile repetate de I K la a 15-a zi vaccinează animalele cari nu mai reacţionează thermic. Reacţiunea începe 8 ore după injecţie. Nu este nici o legătură între acţiunea I K şi a tuberculinei asupra animalului tuberculos. O injecţiune intraperitoneolă cu I K provoacă un exudat, în care nu să găseşte urmă de tuberculină.

CIUCĂ.

Neurologie şi psihiatrie

PIERRE MERLE. — **Atrophie musculaire progressive spinale syphilitique.** *Revue Neurologique* No. 14 1909. Atrofie musculară a câtor 4 membrele dar cu predominenţa umilaterală. Debutul a fost prin turburări în mers şi oboseală în gambă. Nu există fenomene oculare, turburări de sensibilitate sau sfincteriene nici semne de iritaţia fasciculului piramidal, nici fenomene bulbare.

Cazul s'ar fi putut considera ca un exemplu de atrofie musculară progresivă.

Dar se notează limfocitoza aracnoidiană şi infecţiunea sifilitică cu 20 ani înainte de debutul actualelor turburări.

Anatomopatologiceşte se notează dispariţia unui însemnat număr de celule radiculare şi leziuni interne a le altora. In plus o uşoară endovascularită şi scleroză spinală, grămezi de limfocite între fasciculele meningee, deci o inflamaţie cronică cu scleroză difuză meningo-medulară, cu alteraţiuni consecutive sau paralele a le celulelor ganglionare, fasciculele substanţei albe rămânând cruţate.

Autorii pun procesul pe contul sifilisului.

C. PARHON

ARTHUR DELIBLE. — **L'hypophyse et la médication hypophysaire.** (*Thèse de Paris*), 1909.

Un volum de 336 de pagini în care autorul reuneşte totalul cunoştiinţelor noastre asupra ipofizei aducând în acelaş timp importante contribuţiuni personale.

De acord cu alţi autori constată paradoxul ce există între datele citologice care arată că lobul anterior posedă o acţiune secretorie considerabilă şi cele fiziologice care arăta proprietăţile active a le lobuiui posterior care din punct de vedere istologia pare lipsit de ori-ce acţiune secretorie.

Compoziţia chimică a produselor secretate de ipopisă e încă nedeterminată. Toxicitatea extraselor ipofisare e slabă fiind mai accentuată pentru extractul total de cât pentru acel din lobul anterior. E mai mare pentru extractul din lobul posterior. Acţiunea acestui din urmă şi a extractului total se traduce prin ridicarea tensiunei sanguine, rărirea pulsului, vasoconstrucţie generalizată foarte marcată şi foarte prelungită mai ales la nivelul corpului tiroid. Efectul hipertensor al ipofisei e mai puţin pronunţat dar mai durabil de cât acela al capsulelor suprarenale.

Extractele hipofisare total sau cel din lobul posterior produc o vosoconstricţie renală urmată în scurt timp de vazodilataţie şi diureză abondentă. Aceste extracte au o acţiune stimulantă asupra sistemului muscular şi metabolizmului general dar din acest punct de vedere cercetările trebuesc reluate.

Creşterea pare a fi stimulată prin aceste extracte de şi unele cercetări au condus la o concluzie inversă. Aceasta din cauza dozei prea mari întrebuinţată.

Extractele ipofisare determină o ipersecreţie a ipofizei (ce poate fi urmată de epuizare) hipofuncţiunea tiroidiană, hiperplazia şi hipertrofia suprarenalelor, congestie perisuprahepatică a lobulilor ficatului cu degenerare granulogrăsoasă. Congestie şi uşoare alteraţiuni renale, congestie pulmonară frequentă, hipertrofia cordului.

Extractul din lobul anterior determină o uşoară secreţiune a ipofisei, nu modifică însă suprarenala, tiroida prezintă sub acţiunea lui aspectul hiperfuncţiunei, ficatul şi rinichiul prezintă modificări de aceaş natură dar mai puţin pronunţate ca cele determiante de extractul total sau cel din lobul posterior. Hematiile par a creşte sub influenţa tratamentului hipofisar.

Asociaţiunea extractului hipofisar cu suprarenal e periculoasă determinând turburări circulatorii considerabile. Asociaţiunea extractului ovarian la cel ipofisar suprimă aproape complect acţiunea pe care lobul posterior o are asupra tiroidei. Tot astfel asociaţiunea extractului tiroidian. La rândul lor extractul total şi acela al lobului posterior împiedecă producţiunea caheziei tiroidiene.

Hipofisa se ipertrofiază după tiroidectomie şi paratiroidectomie, după castraţie sau ablaţiunea suprarenalelor. Insuficienţa hipofisara experimentată se traduce prin fenomene ce exprimă slăbiciunea şi regresiunea aparatului muscular, prin scăderea ţesutului adipos şi pe cât se pare prin modificări osoase. Această glandă prezintă alteraţiuni variabile concomitente cu modificări în alte glande — în afecţiunile cele mai diverse.

Cliniceşte insuficienţa ipofizară se traduce prin ipotensiune tahicardie, senzaţiune penibilă de căldură. oligurie, sudoriprofuze, anorexie, astenie, turburări (în minus), ale creşterei, insomnie etc., pe când în iperhipofizie se observă fenomene opuse. Prima serie de fenomene e combătută cu succes prin opoterapia ipofizara (nu sa va trece peste doza de $^{1}/_{2}$ glandă de bon pe zi).

Opoterapia ipofisară e de asemenea utilă în hipertiroidie. Se vor putea asocia extracte de alte glande când e vorba de a combate insuficienţe poliglandulare sau a atenua spre exemplu acţiunea specifică a extractului ipofisar asupra tiroidei. Se va evita însă asociaţiunea ipofiso-suprasenală.

Se va utiliza de regulă extractul total care e mai uşor de preparat şi în doză egală aproape tot aşa de activ ca extractul din lobul posterior.

Cât pentru extractul din lobul anterior nu poate fi vorba pentru un moment de o întrebuinţare practică acţiunea lui fiind încă obscură.

O bogată bibliografie însoţeşte această lucrare care va aduce servicii tuturor celor cari se ocupă cu studiul glandei ipofizare. C. PARHON.

LÉVI BIANCHINI. — **Sur les varietés cliniques de la démence primitive.** *Revue Neurologique* No. 14 1909. Autorul distinge 7 varietăţi: 1) heboidofrenia (forma simplă a altor autori), 2) forma hebefrenică, 3) demenţa hebofrenocatatonică, 4) catatonică, 5) catatonoparanoidă, 6) hebofrenoparanoidă, 7) paranoidă.

C. PARHON

DONATH. — **Der Wert des chlorcalciums in der behandlung der Epilepsie.** (Valoarea clorurului de calciu în tratamentul epilepsiei). *Epilepsia* I Anée 2-me fasc. Avril, juin 1909. Autorul a încercat acest tratament în 9 cazuri de epilepsie. Dozele mici de câte 25 centigrame de 3 ori pe zi s'au arătat absolut inactive. In 8 cazuri a încercat doze mari (3-9 grame pe zi). In 4 din ele n'a observat nici o acţiune. In alte 4 o acţiune nesigură s'au în cel mai bun caz slabă. In nici un caz acţiunea clorurului de calciu nu se poate compara cu aceea a bromurelor şi primul medicament nu poate fi substituit ultimelor.

(Rezultatele acestea concordă cu cele comunicate de mine la Societatea română de Neurologie şi Psihiatrie şi rezumate într'un număr precedent. Nota referentului).

C. PARHON

V. HORSLEY. — **The Linacre lecture of the function of the so-called motor area of the brain.** (Funcţiunile aşa zisei arii motrice a creerului) *Britisçh. med. Journal* 17 Julie 1909. (După *Revue Neurologique* 15 Août 1909). Pe baza unui caz chirurgical autorul scoate următoarele concluziuni dintre cari unele paradoxale şi asupra unora din ele oare-cari rezerve ne par necesarii.

1. Aria zisă motrice a creerului uman e în realitate sensitivo-motrice.
2. Circomvoluţiunea precentrală la om e sediul reprezentaţiunilor *a)* sensibilităţei superficiale, *b)* topognoziei. *c)* simţului muşcular, *d)* simţului articular, *e)* stereognoziei, *f)* durerei, *g)* mişcărei.
3. Circomvoluţiunea post-centrală face parte la om din aria reprezentaţiunei sensitivo-motrice a braţului. Aceste funcţiuni sunt aceleaşi ca şi a-le circomvoluţiunei precentrale dar funcţiunea sensitivă predomină asupra celei motrice.
4. Piramidalele mari (celulele lui Betz) nu sânt necesarii la îndeplinirea mişcărilor voluntare.
5. Mişcările voluntarii pot fi executate după ablaţiunea complectă a centrilor braţului în circomvolaţiunea precentrală.

C. PARHON

LHERMITTE. — **Procédé nouveau pour la coloration des cellules et des fibrilles névrogliques.** *Revue Neurologique* No. 15, 1909. Fixare în formol 10% timp de 3—4 zile apoi conservare în formol 5%. Secţiuni la microtomul de congelaţie. Secţiunile se trec în apă comună. După ce se spală în apă se trec timp de 2 ore într'o soluţie saturată la rece de sublimat corosiv, apoi într'un cristalizoar cu o soluţie osmiocromoacetică (acid formic 1% 3 grame, acid cromic 1% 35 grame, acid acetic 2% 7 grame, apă distilată 55 grame).

Se lasă 12 ore (până la 3 zile) apoi se colorează pe lamă. Se aplică pe lamă o porţiune de aceleaşi dimensiuni de hârtie de ţigară muiată în apă ca să adere de sticlă. Pe aceasta se aplică secţiunea, se varsă picătură cu picătură o soluţie de albastru Victoria 1%. Se încălzeşte până la emisiunea de vapori. Se repetă această ultimă operaţie de 2—3 ori, se răceşte. Se aruncă excesul de colorant şi se toarnă pe secţiune soluţia lui Gram. Această operaţie se repetă de 2—3 ori. Se diferenţiază cu xilol şi ulei de anilină părţi egale.

Se aplică apoi o lamă uscată pe secţiune se ridică cu precauţiune lama cea veche şi hârtia pentru ca secţiunea să rămână pe lama cea nouă. Se continuă diferenţiarea până la complecta decolare cu aceiaşi reactivi. Se spală cu xilol. Se poate colora fondul cu eosină sau eritrozină în alcool absolut (1%) fie direct, fie prin xilol în care s'au adăogat câte-va picături din soluţia alcoolică de eosină. Se montează în balsam sau rezină de Damar.

C. PARHON

LUCIEN et PARISOT. — **Tuberculose de l'hypophyse et diabète sucré** *Revue Neurologique* No. 15, 1909. La o femee de 65 ani, tuberculoasă şi atinsă de diabet zaharat autorii găsesc o tuberculoză miliară a ipofisei. Cazul e interesant prin faptul că tuberculoza ipofisei n'a fost des observată şi mai ales prin coexistenţa diabetului. E de notat că celulele glandei prezintă aspectul normal ceea-ce permite autorilor să afirme că diabetul nu poate fi datorit insuficienţei pituitare rămânând posibile alte ipoteze, (exageraţiunea funcţiunei, pervertire, fenomene nervoase) pe cari autorii se mărginesc să le semnaleze fără să le discute.

C. PARHON

MARINESCO et MINEA. — **Contribution à l'histo-pathologie de la sclérose en plaques.** *Revue Neurologique* No. 15 1909. Autorii studiază cu metoda lui Cajal un caz tipic de scleroză în plăci. Găsesc că unele fibre prezinta un aspect monili-form cu îngroşări în interiorul cărora fibrilele axonului se disociază, se fragmentează etc. In alte părţi axonul se tumefiază în mod considerabil, fibrilele se disociază formând între ele adevărate vacuole. Pe ici pe colo se văd resturi de fibre alterate.

Paralel cu procesul de distrucţiune se observă un activ proces de regenerare terminală şi colaterală. Autorii mai notează încă aspectul bizar al unor celule din coloana laterală şi din substanţa griza intermediară din regiunea lombosacrată. Celulele prezintă prelungiri neregulate, atipice, monstruoase sau prezinta starea fenestrată sau pe ambele în acelaş timp.

Interesul cazului rezidă mai ales în aceea că el demonstră contrariu opiniunei clasice că fibrele nervoase pot prezenta în scleroza în plăci degenerescenţa secundară de şi aceasta nu interesează fascicule întregi cum se observă în leziunile în focar.

C. PARHON

G. PAPADIA. — **Sulle plasma cellule e sui fenomeni reattivi nella cisticercosi cerebrale.** *Rivista di patologia nervosa e mentale*, fasc. 8 1909. In vecinătatea imediată a membranei parazitare se observă o acumulare de leucocite cu nucleu polimorf şi un mare număr de celule gigante.

Şi mai notează o neoformaţiune conjunctivală accentuată dispusă în 2 straturi împrejurul parazitului. In stratul extern se notează celule plasmatice, limfocite şi celulele eosinofile. Dar nu se observa nici o formă de tranziţie între celulele plasmatice şi cele leucocitare. Din contră se observă forme de tranziţie între celulele conjunctive şi cele plasmatice. Observaţiunea autorului vorbeşte deci contra originei hematice a celulelor plasmatice pledând pentru origina lor conjunctivă.

C. PARHON

G. RAUZIER et L. RIMBAUD. — **Hémisection traumatique de la moelle, Syndrome de Brown-Séquard.** *Revue Neurologique* No. 14 1909. Cazul prezintă câte-va particularităţi interesante. Sensibilitatea a început a reveni în ordinea următoare: termică, tactilă, dureroasă, ceea-ce pledează pentru existenţa de conductori diferiţi pentru diferitele moduri de sensibilitate. Mai interesant e faptul că sensibilitatea musculară tendinoasă articulară şi osoasă e alterată de aceiaşi parte cu sensibilitatea cutanată contrariu celor ce se admite de regulă. Cazul infirmă deci opinia curentă sau arată cel puţin că ea nu convine tuturor exemplarelor de sindromul lui Brown-Sequard.

Mai e de notat că bolnavul a pierdut o cantitate aşa de însemnată de lichid cefalo-rachidian în cât salteaua a fost străbătută. Totuşi bolnavul a suportat bine această pierdere de lichid.

C. PARHON

Patologie chirurgicală

FABRE şi TRILLAT. — **Port-comprese saponate aseptice.** *Réunion obstétricale de Lyon,* Mai, 1909.

Pentru a înlocui soluţiunile de săpun licid sau săpunurile suspendate pe tige metalică, autorii preconisează un recipient metalic cu capac, în care se fierb compresele de pânză împreună cu o soluţiune de săpun. Aparatul este aşezat lângă lavabo şi capacul este prevăzut cu un fel de mâner pe care-l putem ridica cu cotul.

Aparatul este foarte simplu. Compresele sunt perfect aseptice şi curăţă epidermul mai bine de cât simpla frecare a mânilor, iar pe de altă parte, când spălătura trebue repetată, ele sunt mai bune de cât peria, care este prea aspră. G.

JABOULAY. — **O sarcosporidă cu spori naviculari într'un cancer al sânului.** *La Province médicale,* Iunie 1909, No. 26, pag. 275.

Se pare că mai toate sarcosporidele descrise de zoologişti, la animale, se regăsesc în cancerele umane. Huet şi Balbiani au studiat, la otaria, o sarcosporidă ai cărei spori sunt numiţi naviculari, din cauza formei lor ca nava.

Jaboulay a găsit aceiaşi spori pe secţiunile unui cancer a sânului; el a văzut aceaşi spori pe nişte frottis făcute din cancere ale amigdalei sau ale intestinului gros. De ordinar ele au fost considerate drept levure. Aceste sarcosporide nu sunt parasiţi locali şi regionali; ele pot să se samene în tot organizmul, ducând cu ele epiteliul pe care se dezvoltă şi dau ast-fel naştere la acea ce se numeşte metastase canceroase. G.

Pediatrie

BIRK. — **Über Ernährungsversuche mit homogenisierter Milch.** (Cercetări asupra alimentărei cu lapte homogenizat). *Monatschr. f. Kinderh,* Iunie 1908. Autorul a încercat de a hrăni sugaci normali şi sugaci suferind de dyspepsie pentru lapte cu lapte homogenizat. Cu acest lapte nu a obţinut nici rezultatele frumoase ale lui Variot nici n'a observat inconvenienţele semnalate de alţi autori. Laptele homogenizat s'a comportat absolut la fel cu laptele de vacă obişnuit. Nu s'a observat nici un caz de scorbut infantil ceea-ce era de aşteptat de oare-ce autorii cari au semnalai acest accident administraseră laptele homogenizat timp de mai multe luni pe când Birk nu l'a administrat în nici un caz timp mai lung de 5 săptămâni.

GR. JACOBSON

BERGHOLZ. — **Kasuistiscke Mittheilung zur appendicitisfrage im Säuglingsalter.** (Contribuţie la chestia appendicitei la sugaci). *Monatschr. f. Kinderh.* Iunie 1909. Accese repetate de appendicită la un sugaciu de la 12 până la 18 luni. Symptomatologie foarte atenuată: debut subit, vărsături, febră. Rezistenţă peretului abdominal la dreapta.

Operaţie, vindecare.

GR. JACOBSON

BIRK. — **Untersuchungen über den Einfluss des Phosphorleberthrans auf den Mineralstoffwechsel gesunder u. rachitischer Säuglinge.** (Cercetări asupra influenţei unturei de peşte fosforate asupra schimburilor minerale ale sugacilor sănătoşi şi rachitici). *Monatschr. f. Kinderh.* Nov. 1908. Dintr'o serie de cercetări ale schimburilor la mai mulţi sugaci rachitici sau nerachitici, autorul trage următoarele concluzii:

1. La unii copii rachitici schimburile minerale se traduc printr'o eliminaţie de săruri care întrece cantitatea introdusă prin alimentaţie.

2. In aceste cazuri untura de peşte fosforată poate determina o ameliorație prin faptul că provoacă o retenţie mai mare de cenuşă, calciu şi magnesiu. Schimburile fosforate nu par a fi influenţate de untura de peşte fosforată.

3. In cazurile studiate aptitudinea de retenţiune a organizmului nu era defectuoasă.

4. Nici cantitatea de săruri minerale introduse prin alimentaţie nu era insuficientă, de oare-ce după administrarea de untură de peşte, retenţia a devenit pozitivă cu toate că aportul de săruri nu fusese modificat.

5. Ast-fel că bilanţul negativ al sărurilor în aceste cazuri trebueşte atribuit unor eliminări exagerate patologice de săruri.

6. Untura de peşte fosforată influenţează în mod favorabil digestiunea substanţelor grase în intestin; există un antagonism între formaţia de săpunuri şi retenţia de calciu. Retenţia de calciu creşte când formaţia de săpunuri scade.

7. Ast-fel că acţiunea favorabilă a unturei de peşte este datorită influenţei ce o are asupra saponificărei.

GR. JACOBSON

COMBY. — **Comment se transmet la scarlatine**; *Arch. de Med. des Enf.* Aug. 1909. Autorul arată cât de puţin dovedită este părerea clasică anume că scarlatina se transmite prin squame. In realitate scarlatina este mai cu seamă contagioasă în perioada de invasie şi de erupţie şi contagiunea se face prin secreţiunile nasofaringiane. Contagiunea prin objecte este rară. In realitate în cazurile în cari contagiunea are loc la sfârşitul boalei sau după desinfectare, transmisiunea se face prin bolnavul însuşi sau prin persoanele cari au fost în contact cu dânsul.

E probabil că agentul scarlatinei poate persista în secreţiunile nasofaringiane sau bucale ale bolnavilor mult timp după boală, precum se vede şi în difterie. In transmisiunea boalelor infecţioase rolul purtătorilor de bacili apare din ce în ce mai însemnat.

Concluzie practică: a nu se desinfecta numai localurile ci a practica mai cu seamă desinfectarea cavităţilor naso-buco-faringiane ale bolnavilor şi ale anturajului său.

GR. JACOBSON

GUINON et RYDEL.—**Amyotrophie progressive généralisée type Charcot-Marie**: *Arch. de Med. des Enf.* Aug. 1908. Studiu complect al unui caz de atrofie muşculară typ Charcot-Marie cu necropsie şi examen histologic complect. Leziunile constatate au fost:

1. O scleroză systematică a cordoanelor posterioare mai accentuată pe cordoanele lui Goll şi în zona radiculară posterioară;

2. Leziuni celulare ale coarnelor anterioare consistând în atrofia celulelor şi scăderea numărului lor;

3. Degeneraţia rădăcinelor anterioare şi posterioare, şi a nervilor periferici;

4. O atrofie degenerativă a muşchilor.

Aceste leziuni diferă de leziunile observate în cazurile clasice de atrofie typ Charcot-Marie prin:

a) Predominenţa leziunilor pe cordonul lui Goll (în loc de cordonul lui Burdach);

b) Prin intensitatea leziunilor zonei radiculare posterioare (neobişnuită);

c) Prin intensitatea alteraţiunilor rădăcinelor anterioare şi posterioare.

GR. JACOBSON

KAESSMANN. — **Über den plötzlichen Tod eines anscheinend gesunden Brustkindes.** (Despre moartea subită a unui sugaciu în aparenţă normal. *Monatschr. f. Kinderh.* Interesul acestui caz rezidă în faptul că sugaciul în chestie a fost observat de aproape într'o clinică de la naştere până la vârsta de 3 luni când a sucombat. Un singur antècendent interesant anume un alt copil mort subit.

Copilul observat de Kaessmann s'a născut în condiţii bune şi a fost nutrit la sân de mamă. N'a avut nici o boală propriu zisă până la vârsta de 3 luni când, într'o dimineaţă a fost găsit mort în pat.

La autopsie: foarte uşoară augmentare de volum al thymusului (compresinea imposibilă) a ganglionilor limfatici, a splinei şi a ficatului. Alt-ceva nimic.

GR. JACOBSON

KARNITZKY. — **Zur Physiologie des Wachstums u. der Entwicklung des Kindlichen organismus.** (Contribuţie la fisiologia creşterei şi a dezvoltărei organizmului infantil). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1908. Observaţia unui copil normal al autorului care a sucombat accidental la vârsta de 8 luni: greutate, lungimea, perimetru cranios şi toracic în fie-care săptămână. Examen detaliat al sângelui în fie-care săptămână de la a 7-a până la a 33-a. E vorba de un document.

GR. JACOBSON.

KLOSE. — **Über den Sanduhrmagen der Kinder** (stomacul în formă de clepsidră la copii). *Iahrb. f. Kinderh* Sept. 1908. Foarte bine documentată revistă generală cu o observaţie personală şi bibliografia complectă.

G. J.

LOTSCH. — **Erfahrungen mit der Intubation bei diphterischer Larynxstenose.** Despre întubaţie în stenosa difterică a laryngelui). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1909. Autorul expune practica sa personală asupra intubaţiei. E vorba de un fel de revistă generală (tecnică, accidente, complicaţii, indicaţii şi contraindicaţii, etc.) fără nimic nou.

GR. JACOBSON

M. şi W. de BIEHLER. — **Examen du sang de l'enfant dans les maladies infectieuses (rugeole, scarlatine, diphtérie, variole).** *Arch. de Med. des Enf.* Aug. 1909. Ne dispensam de a da conclusiile acestui scurt memoriu care este absolut lipsit de seriositate.

G. J.

MÜHLMANN.— **Über Wachstumiserkrankungen.** (Despre boalele de creştere) *Iahrb. f. Kinderh.* Sept. 1909. Nu se peate pricepe pentru ce autorul care nu este medic de copii (după propria sa mărturisire) a găsit de cuviinţă de a umplea 34 pagini din Iahrbuch fur Kinderheilkunde cu un articol indigest care n'are nici un sens. Bazându-se pe câte-va cazuri de cântăriri zilnice (copiii au fost cântăriţi de colegii autorului, pediatri) autorul observă că ascensia nu se face de obiceiu în linie regulată ci în linie frântă. El nu admite că aceste oscilaţii sunt datorite faptului că intestinul sau beşica sunt sau nu goale, sau că rerspiraţia a fost mai mult sau mai puţin intensă (probe lipsesc). Crede că oscilaţiunile sunt datorite fenomenelor de desasimilaţie concomitente cu fenomenele de asimilaţie (pentru ce desasimilaţia s'ar face îu mod întrerupt?). Vorbind pe urmă de febra de creştere, o admite fără a da nici o probă valabilă. Pentru dânsul fenomenele febrile (fără alt simptom) cari se arată la unii copii timp de câte-va zile şi cari nu se pot explica sunt fenomene de creştere febra de creştere (!!) Admite asemenea febră de dentiţie (tot fără probe) şi crede însă că un mare număr de turburări observate la epoca pubertaţii sunt asemenea fenomene de creştere.

GR. JACOBSON

ORGLER. — **Beiträge zur Lehre vom Stickstoffwechsel im Säuglingsalter.** (Contribuţie la studiul schimburilor azotate la sugaciu). *Monatschr. f. Kinderh.* Iunie 1908.

1. *Schimburile azotate în momentul trecerei de la alimentaţie naturală la cea artificială.* Dintr'o serie de cercetări personale rezultă că cu o alimentaţie artificială bine combinată retenţiunea absolută ca şi retenţiunea proporţională de azot (azot fixat/azot alimentar) pot fi atât de perfecte ca cu alimentaţia la sân. E vorba aici numai de *azotul total,* modul cum acest azot e combinat diferă în alimentaţia artificială şi în cea naturală, după cum a arătat autorul în altă lucrare.

2. *Despre resorpţia azotului.* După cifrele date de autor resorpţia azotului alimentar în alimentaţia naturală pare foarte rea. E vorba aici numai de o ilusie. In realitate trebue ţinut seamă de azotul eliminat care rezultă din secreţiunile intestinale. Aceasta se eliminează şi în timpul dietei hydrice. Când alimentaţia e săracă în azot cum se întâmplă cu alimentaţia naturală proporţia de azot fixat pare mai mică de oare-ce o parte din azotul fixat este mascat prin azotul secreţiunilor intestinale şi a bacteriilor chiar de s'ar resorbi tot azotul alimentar făcându-se proporţia între azotul ingerat (foarte puţin) şi azotul e eliminat prin fecale (azot din secreţiuni şi din bacterii) s'ar părea că o mare parte de azot a rămas neresorbită ceea-ce nu este. Se înţelege că dacă azotul alimentar este abundent, cantitatea de azot din secreţiuni rămânând aceiaşi, se pare că mai mult azot a fost resorbit. Această ilusie e datorită faptului că nu se poate distinge în scaune azotul alimentar neresorbit de azotul secreţiunilor.

3. *Rolul grăsimelor alimentare asupra fixaţiunei de azot.* Dintr'o unică cercetare şi din 2 cercetări anterioare datorite lui Freund, autorul trage concluzia că adăogarea de substanţe grase alimentaţiunei nu favoriseazâ de loc, sau aproape de loc fixaţiunea de albumină. Chestia aceasta trebueşte reluată cu un număr mai mare de cercetări.

GR. JACOBSON

PATER. — **Sur le diagnostic hémotologique des fièvres éruptives et des erythèmes qui les simulent.** *Arch. de med. des Enf.* Aug. 1909. Cercetările autorului relativ la febrele eruptive sunt cu totul insuficiente pentru a putea fi luate în seamă. In ceea-ce priveşte erythemele, autorul a avut idea bizară de a alege cazuri în cari erythemele s'au produs în cursul unei boli ca febra tifoidă sau pneumonia. Este evident că în aceste condiţiuni, mai multe cauze determinând formula leucoytară e imposibil de a se trage vre-o conclusie.

Autorul ne spune d. ex. că un erythem scarlatiniform survenit în cursul unei febre tifoide se manifestă printr'o mononucleoză ceea-ce nu se vede în scarlatină.

Dar pentru ca observaţia lui Pater să aibă o valoare ar fi trebuit ca autorul să demonstreze mai întâiu că în cel de scarlatină autentică surveninind la un tific formula clasică a scarlatinei persistă, ar fi mult mai interesant de a se studia formula în erythemele scarlatini forme aşa zise „primitive“ de oare-ce, în practică mai cu seamă cu acestea este adesea-ori foarte dificil de a se face diagnosticul diferenţial cu scarlatina.

GR. JACOBSON

PACCHIONI u. FRANCIONI.—**Bekteriologische Untersuchungen an Masern.** (Cercetări bacteriologice asupra rugeolei). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1908. In cazurile de pojar cu evoluţie normală, însămânţările sângelui pe mediile cele mai variate nu dau nici o cultură. Din contră culturile făcute de pe mucoase permit de a izola foarte des un bacil hemofil asemănător cu bacilul lui Pfeiffer.

Diferiţi autori, utilizând hemolyza artificială prin alcool, ar fi găsit in sângele bolnavilor de pojar bacilul hemofil în chestie (numoi frotiuri). Autorii au întrebuinţat şi ei această metodă dar n'au putut obţine nici un rezultat cert. Cred că metoda este cu totul defectuoasă.

Ei cred că pojarul este o maladie infecţioasă locală cu numeroase manifestaţiuni toxice: erupţia n'ar fi de cât traducerea formaţiunei de anticorpuri, precum se observă în maladia serului. Prezenţa acestor anticorpuri însă n'a fost dovedită până acum şi nici autorii n'au putut să ajungă la această dovadă.

Ca contribuţie personală la chestiunea patogeniei pojarului, autorii au cercetat systematic indexul opsonic într'o serie de cazuri de pojar, şi au putut constata că acest index este crescut în sângele bolnavilor faţă de bacilul hemofil de care a fost vorba mai sus.

GR. JACOBSON

PROF. ad. CZERNY. — **Der Arzt als Erzieher des Kindes.** (Rolul medicului ca educator al copilului) *Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke, 1908.* Această cărticică e un mic cap de operă care ar trebui să facă parte din biblioteca ori-cărui medic şi să fie în mâinele tutulor părinţilor.

Sub formă de conferinţe de o limpiditate admirabilă, fără nici o indicaţie bibliografică, autorul expune vederile sale relative la educaţia copilului. Toate chestiunile de educaţie sunt atinse şi soluţia lor e expusă cu o logică irrefutabilă. Ne este imposibil de a rezuma conţinutul acestei cărţi care este însăşi un tratat de educaţie condensat, aş dori numai să semnalez rolul preponderent dat de Czerny în educaţiunei în dezvoltarea nevrozităţei la copil. Părinţii au tendinţa bine cunoscută de a scuza prin cuvântul de nervositate moştenită de la dânşii (cred ei) o serie de manifestaţiuni cari nu sunt alt-ceva de cât rezultatele unei lipse de creştere, unei educaţii greşite. Nu se poate nega transmiterea nervosităţei părinţilor la copii lor, dar această transmitere se face mai mult prin cohabitare, prin exemplu, devine prin moştenire. Copiii încep prin a fi rău crescuţi şi devin în urmă nervoşi prin faptul că sunt rău crescuţi. Dacă mulţi părinţi nevropaţi s'ar putea convinge de incapacitatea lor de a face educaţia copiilor lor şi ar avea curajul de a încredinţa această sarcină altor persoane mai apte a-i educa, ar putea lupta, cu multe şanse de succes în contra eredităţei transmise de dânşii moştenitorilor lor.

Această concepţie revine ca un „leit motiv“ în tot cursul cărţei şi autorul o demonstrează prin argumente absolut convingătoare.

Recomand cu insistenţă citirea acestei cărţi

GR. JACOBSON

Dar pentru ca observaţia lui Pater să aibă o valoare ar fi trebuit ca autorul să demonstreze mai întâiu că în cel de scarlatină autentică surveninind la un tific formula clasică a scarlatinei persistă, ar fi mult mai interesant de a se studia formula în erythemele scarlatini forme aşa zise „primitive" de oare-ce, în practică mai cu seamă cu acestea este adesea-ori foarte dificil de a se face diagnosticul diferenţial cu scarlatina.

GR. JACOBSON

PACCHIONI u. FRANCIONI.—**Bekteriologische Untersuchungen an Masern.** (Cercetări bacteriologice asupra rugeolei). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1908. In cazurile de pojar cu evoluţie normală, însămânţările sângelui pe mediile cele mai variate nu dau nici o cultură. Din contră culturile făcute de pe mucoase permit de a izola foarte des un bacil hemofil asemănător cu bacilul lui Pfeiffer.

Diferiţi autori, utilizând hemolyza artificială prin alcool, ar fi găsit în sângele bolnavilor de pojar bacilul hemofil în chestie (numoi frotiuri). Autorii au întrebuinţat şi ei această metodă dar n'au putut obţine nici un rezultat cert. Cred că metoda este cu totul defectuoasă.

Ei cred că pojarul este o maladie infecţioasă locală cu numeroase manifestaţiuni toxice: erupţia n'ar fi de cât traducerea formaţiunei de anticorpuri, precum se observă în maladia serului. Prezenţa acestor anticorpuri însă n'a fost dovedită până acum şi nici autorii n'au putut să ajungă la această dovadă.

Ca contribuţie personală la chestiunea patogeniei pojarului, autorii au cercetat systematic indexul opsonic într'o serie de cazuri de pojar, şi au putut constata că acest index este crescut în sângele bolnavilor faţă de bacilul hemofil de care a fost vorba mai sus.

GR. JACOBSON

PROF. ad. CZERNY. — **Der Arzt als Erzieher des Kindes.** (Rolul medicului ca educator al copilului) *Leipzig u. Wien, Fr. Deuticke, 1908.* Această cărticică e un mic cap de operă care ar trebui să facă parte din biblioteca ori-cărui medic şi să fie în mâinele tutulor părinţilor.

Sub formă de conferinţe de o limpiditate admirabilă, fără nici o indicaţie bibliografică, autorul expune vederile sale relative la educaţia copilului. Toate chestiunile de educaţie sunt atinse şi soluţia lor e expusă cu o logică irrefutabilă. Ne este imposibil de a rezuma conţinutul acestei cărţi care este însăşi un tratat de educaţie condensat, aş dori numai să semnalez rolul preponderent dat de Czerny în educaţiunei în dezvoltarea nevrozităţei la copil. Părinţii au tendinţa bine cunoscută de a scuza prin cuvântul de nervositate moştenită de la dânşii (cred ei) o serie de manifestaţiuni cari nu sunt alt-ceva de cât rezultatele unei lipse de creştere, unei educaţii greşite. Nu se poate nega transmiterea nervosităţei părinţilor la copii lor, dar această transmitere se face mai mult prin cohabitare, prin exemplu, devine prin moştenire. Copiii încep prin a fi rău crescuţi şi devin în urmă nervoşi prin faptul că sunt rău crescuţi. Dacă mulţi părinţi nevropaţi s'ar putea convinge de incapacitatea lor de a face educaţia copiilor lor şi ar avea curajul de a încredinţa această sarcină altor persoane mai apte a-i educa, ar putea lupta, cu multe şanse de succes în contra eredităţei transmise de dânşii moştenitorilor lor.

Această concepţie revine ca un „leit motiv" în tot cursul cărţei şi autorul o demonstrează prin argumente absolut convingătoare.

Recomand cu insistenţă citirea acestei cărţi

GR. JACOBSON

RAUDNITZ — **Zwölftes Sammelreferat über die Arbeiten aus dem Gebiete der Milchswissenschaft u. Milkereipraxis.** (A 12-a revistă generală asupra lucrărilor referitoare la studiul laptelui și practica lăptăriilor). *Monatschr. f. Kinderh.* Oct. 1908.

GR. JACOBSON

v. REUSS. — **Ueber cronische Erkrankungen der Parotis im Kindesalter** *Iahrb. f. Kinderh.* Aug. 1909. După ce autorul a trecut în revistă diferitele afecți un ale parotidei în copilărie (tumori, litiază, tuberculoză, parotidite toxice...) se oprește mai mult la „boala lui Mikulicz“ arătând că diferiții autori n'au ținut în deajuns seamă de descripția lui Mikulicz și au confundat cu boala lui Mikulicz afecțiunile cele mai diverse. Boala lui Mikulicz sau mai bine: syndromul lui Mikulicz coprinde 2 categorii de cazuri: unele fără modificări ale sângelui, cu prognostic benin, altele cu modificări sanguine și cu prognostic grav, de obiceiu fatal: autorul citează observații din ambele forme, culese din literatură.

Un alt tip rar de afecțiune a parotidei este *parotidita cronică*, afecțiune până azi neobservată în copilărie. Autorul a avut ocazia de a studia 4 cazuri de parotidită cronică la copii și le raportează. E vorba de o afecțiune cronică, durând mai mulți ani și caracterizată printr'o tumefacție nedureroasă persistentă a glandelor parotide. Pe acest substrat cronic se grefează din când în când epizode acute caracterizate printr'o creștere a tumefacției și dureri. Pe urmă fenomenele acute dispar, parotida însă nu revine complect la normală ci rămâne ușor tumefiată, celelalte glande salivare precum și glanda lacrymală rămân normale. Bibliografie.

GR. JACOBSON

SCHELBLE. — **Zur Anemie im frühen Kindesalter.** (Anemia în prima copilărie). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1908. E vorba de o foarte interesantă observație, din nefericire întreruptă, a unui sugaciu atins de anemie foarte gravă cu caracter progresiv, fără leucemie, dar cu fenomene hemoragice asemănătoare cu ale hemofiliei.

Discuție critică a diagnosticului fără conclusie, observația ne intrând în cadrele clasice. Foarte interesant este rezultatul obținut prin injecții subcutanate repetate de mici cantități de sânge human defibrinat. După fie-care injecție numărul globulelor roșii augmenta și s'a urcat progresiv de la 1 milion și 1/2 până la aproape de 5 milioane.

GR. JACOBSON

TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et BOYÉ. — **Septicémie à bacille d'Eberth et bacille paratyphique chez le nourrisson.** *Arch. de med. des Enf.* August 1909. La noul născut febra tifoidă este mai cu seamă o afecțiune septicemică. Localizația intestinală nu e constantă sau se manifestă sub o formă banală de enterită congestivă sau hemoragică. Bacilul lui Eberth poate fi pus în evidență sângele circulant.

Afecțiunea poate să se manifesteze și sub formă de meningo-encefalită sau de bronchopneumonie. Septicemia eberthiană se poate compara absolut cu septicemia pneumococică.

Aceleași considerații se pot aplica paratifoidelor.

GR. JACOBSON

WILKE. — **Kongenitales Rundzellensarkom, primär in Leber u. Nebennieren entstanden** (sarcome globocelular congenital cu localizație primitivă în ficat și capsulele suprarenale.

G. J.

WEYL. — **Grosshirnbefunde bei hereditär syphilitischen Säuglingen.** (Cercetări asupra stărei creerului la sugacii heredosifilitici). *Iahrb. f. Kinderh.* Oct. 1909. Rezultatul principal al cercetărilor de faţă este că la 6 sugaci heredosifilitici autorul a putut constata în toate cazurile alteraţiuni ale creerului (la toţi 6 copii în meningele moi, la 3 chiar în substanţa cerebrală) şi aceasta cu toate că aceşti copii nu prezentaseră symptome cerebrale.

In toate cazurile pia era alterată: îngroşare a ţesutului şi infiltraţie celulară cu fibroplaşti, plasmazellen, celule mari rotunde, limfociţi, globule roşii, leucocyţi şi câte-va mastzellen.

In vasele piei mater şi ale creerului se observase pe lângă limfociţi şi diferite globule albe: forme tinăre, celule de origină endotelială şi plasmazellen. Intr'un caz se observase 3 mici focare encefolitice împrejurul vaselor.

Autorul reaminteşte că după unii autori prezenţa de limfocite în lichidul cefalo-rachidian nu e în raport cu leziunile meningelor ci cu infecţia syphilitică. Chestiunea se poate discuta dar din rezultatele enunţate mai sus se vede că chiar fără symptome clinice există leziuni ale meningelor ast-fel că pentru resolvirea acestei chesti nu trebue să luam în seamă observaţiunile bazate numai pe examenul clinic.

Mai toţi autorii consideră celulele găsite în lichidul cefalo-rachidian ca limfocite şi observă că limfocitele lipsesc de obiceiu în pia, în care se găsesc din contră celule mari rotunde.

Weyl, contrariu părerei precedente a putut constata în 5 cazuri din 6 prezenţa de limfociţi în pia mater, şi în aceste cazuri nu exista pe lângă sifilis nici o altă infecţiune.

GR. JACOBSON

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine".
CALEA VICTORIEI— PASSAGE ROUMAIN, 19.— BUCAREST
TÉLÉPHONE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* M. M. A. Gilbert et L. Thoinot,	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.2
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes. *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO" le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească"

Anul V, No. 10. Octombrie 1909. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. DIMITRIE IONESCU

Starea actuală a cunoştiinţelor asupra Patogeniei şi tratamentului Diabetului

INTRODUCERE

In acest articol, voi căuta a expune cercetările ultimilor ani asupra modului de a concepe diabetul zaharat uman. Lipseşte cu totul pretenţiunea de a fi tratat complect chestiunea, fapt la care s'ar opune şi caracterul şi cadrul acestei reviste; am insistat numai asupra lucrărilor, cari într'adevăr au adus puncte noi de vedere.

Chiar de la început, cred însă necesar a semnala că, dacă prin lucrările ultimelor ani, ne-am apropiat, întru cât-va, de priceperea acestei turburări de metabolism suntem încă departe de o concepţiune definitivă. Cu cât noi fapte au fost puse în evidenţă, cu atât complexitatea chestiunei s'a întrevăzut tot mai mult, date contradictorii s'au acumulat. Chiar asupra unor puncte capitale, domneşte neînţelegere. Vom aminti numai, că Pavy nu admite doctrina glicogeniei, clasică de la Claude Bernard iar Pflüger respinge teoria secreţiunei interne a pancreasului.

Dacă însă din punct de vedere teoretic, problema diabetului e încă obscură, din punct de vedere practic, chestiunea a progresat mult şi azi avem, dacă nu un tratament farmacologic, cel puţin un tratament dietetic raţional al diabetului. Ba chiar, în puţine alte domenii, medicina internă poate obţine, prin mijloace atât de simple rezultate atât de folositoare.

Pe lângă importanţa practică, ceea-ce e mai ales, explică interesul considerabil şi numărul imens de lucrări consacrate diabetului de clinciani, fisiologişti, chimişti este faptul că studiul acestei turburări de metabolism poate aduce importante contribuţiuni în lămurirea atâtor probleme capitale, din studiul schimburilor nutritive şi al secreţiunilor interne.

I. PATOGENIA DIABETULUI

Fazele metabolismului hidraţilor de carbon

Faptul capital, care trădează obiectiv diabetul este constatarea zahărului în urină. Glicosuria însă e departe d'a fi identică sau de a constitui ea singură diabetul. Dacă chiar clinicește este adese-ori greu a separa o glicosurie de un diabet adevărat, din punct de vedere teoretic, criteriul e şi mai dificil de stabilit, întru cât ori-ce glicosurie reprezintă o turburare pasageră sau permanentă în metabolismul hidraţilor de carbon şi nu cunoaştem cauza specifică a turburărei numită diabet, pe care o caracterizau mai mult prin anume simptome clinice şi prin permanenţa glicosuriei. De aceea studiul diferitelor glicosurii e absolut indispensabil pentru mai buna pricepere a glicosuriei diabetice.

In mod permanent, o cantitate oare-care de zahăr circulă în sânge; atât timp cât ea nu trece de ca. 1,5 la mie nu observăm glicosurie (după unii autori rinichiul lasă să treacă o cantitate cu totul infimă, şi glicosuria această minimală ar fi un fapt fisiologic). Dacă însă cantitatea de zahăr trece de 1,5 la mie, dacă deci avem o iperglicemie, rinichiul devine permeabil, sau conform celei-lalte păreri, cantitatea de zahăr ce trece prin rinichi se va mări, corespunzător excesului din sânge vom avea deci glicosurie.

Pentru Pavy însă, lucrurile s'ar petrece cu totul alt-fel şi dată fiind importanţa acelui autor, părerile lui, deşi neadmise în genere, trebuesc a fi expuse aci.

Conform doctrinei clasice în urma lucrărilor lui Cl. Bernard, polizaharidele din alimentaţie, prealabil transformate în intestin în monozaharide (glucosă în majoritatea cazurilor) sunt după absorbţie, transportate prin vena porta în ficat. O parte este destinată nevoilor de moment ale organismului (muşchii, principalul consumator) iar alta păstrată în ficat (în mică parte în muşchi), sub formă de glicogen, de unde în caz de necesitate, după prealabila desfacere în glucosă, zahărul este transportat în diferite părţi ale organismului.

Cum vedem, dextrosa circulă continuu în sânge şi printr'un mecanism regulator, asupra căruia voi reveni, cantitatea ei oscilează foarte strâns în jurul ţifrei de 1,5 la mie asupra căreia rinichiul este ast-fel adaptat în cât nu lasă să treacă de loc sau numai cantităţi minimale.

După Pavy însă este greşit a crede că dextrosa circulă astfel liberă în sânge. Dextrosa un corp cu greutate moleculară relativ mică, trece ca toate corpurile de acest fel prin rinichi şi în fapt o foarte mică cantitate de zahăr se găseşte regulat în urină, constituind aşa numita glicosurie fisiologică.

Dacă din alimente, dextrosa ar fi absorbită ca atare, liberă, mai tot zahărul ar trece prin rinichi, am avea o glicosurie permanentă, în mare cantitate, după cum se întâmplă când se introduce glucosa în organism direct pe cale intra-venoasă, când numai o mică parte din cantitatea întrodusă se consumă, iar cea mai mare parte apare în urină. Trebue deci, conchide Pavy, ca chiar la locul absorbției să se petreacă ceva, care să transforme zahărul într'un corp cu o moleculă considerabilă, aşa în cât să nu mai poată trece prin rinichi şi pentru Pavy, această transformare constă în faptul unirei moleculei de glucosă cu molecula de proteine. El compară aceşti compuşi cu glucosizii.

Pavy nu admite nici doctrina glicogeniei ast-fel cum a fost stabilită de Claude Bernard. Dacă zahărul e depus în ficat sub formă de glicogen şi numai o mică parte circulă pentru nevoile momentane ale organismului, ar trebui ca după înlăturarea acestui magazin de depozit (scoaterea ficatului din circulaţie prin ajutorul fistulei lui Eck.), să avem glicosurie alimentară, ceea-ce nu e cazul. Excesul de zahăr nu e deci depozitat în organism sub formă de glicogen ci combinarea lui cu proteidele e mecanismul, care sustrage circulaţiei cantitatea de zahăr aflată în exces. Glicogenul există dar el n'are rolul presupus de Claude Bernard, el nu reprezintă de cât o mică parte din zahărul absorbit şi acest glicogen nu se mai retransformă în zahăr, cum pretinde doctrina lui Claude Bernard, ci se distruge pe loc, chiar în ficat şi organismul în caz de nevoe 'şi procură zahărul prin desfacerea legăturei dintre el şi proteide, repunându-l ast-fel în circulaţie pentru trebuinţele ţesuturilor. Voi accentua, că prin această combinaţie între zahăr şi proteide, Pavy nu înţelege zahărul conţinut în mod normal în molecula mai tuturor proteidelor, (ex. glucosamina, etc.), ci o combinaţie specială între moleculă şi moleculă de o altă însemnătate cantitativă, analogă ca formaţiune chimică cu glucosizii.

Nu intru în analiza doctrinei lui Pavy neadoptată de alt-fel de nici un fisiologist. Voi spune numai, că fără să joace rolul şi nu din motivele indicate de Pavy, se pare în urma cercetărilor recente, că zahărul ca de alt-fel foarte probabil grăsimele, nu circulă libere în sânge ci în combinare slabă, cu proteidele, constituind aşa numitele glicoproteide, lipoproteide.

Păstrând deci doctrina lui Claude Bernard, să vedem cum se produce iperglicemia cu glicosuria consecutivă.

Se știe că ciclul metabolismului hidraților de carbon este următorul: transformarea polizaharidelor în monozaharide, absorbția monozaharidelor, transformarea unei însemnate părți din monozaharide în ficat în glicogen; consumarea în țesuturi sub formă de dextroză atât a zahărului rămas netransformat în glicogen cât și a aceluia provenit din desfacerea glicogenului.

Aceste 3 fase sunt supuse unui mecanizm regulator foarte complicat, care ține quasi-constant procentul zahărului din sânge și toreticește ori-ce turburare, privind una sau mai multe din aceste fase, poate conduce la iperglicemie. Spre exemplu, turburările în transformarea monozaharidelor absorbite, în glicogen, conduce la iperglicemie; o exagerată desfacere a glicogenului în zahăr, sau o exagerată mobilizare a hidraților de carbon, cum se exprimă unii va avea acelaș efect; în fine o micșorare a combustiunei a zahărului în țesuturi va conduce asemenea la iperglicemie, cu glicosurie consecutivă.

De fapt, după cum vom vedea, toate aceste trei posibilități teoretice au fost puse înainte spre a explica glicosuria și în special glicosuria diabetică.

E asemenea interesant de semnalat că din aceste 3 fase, relativ mai bine cunoscută e transformarea glicogenului în zahăr pe când procesul sintezei către glicogen și produsele intermediare de combustiune ale glucosei în organism până la fasa de acid carbonic și apă sunt mai puțin bine cunoscute, atât în ce privește natura exactă a enzimelor ce provoacă aceste procese cât și a produselor ce se nasc în cursul lor. Și în această privință însă, cercetările ultimilor ani și în special studiul fenomenelor de catalisă au adus oare-care lumină.

Putem împărți reacțiunile parțiale în cursul metabolizmului hidraților de carbon în următoarele grupe:

1. *Procese pregătitoare în intestin.*

a) Hidrolisa amidonului prin fermente diastatice până la maltosă, trecând prin dextrină.

b) Hidrolisa maltosei prin maltodextrosă în molecule de dextrosă.

c) Hidrolisa zaharosei prin invertină în dextrosă și levulosă.

d) Hidrolisa lactosei prin lactodextrosă în dextrosă și galactosă. Toate acestea reacțiuni se pot reproduce în vitro prin agenți catalitici.

2. *Transformarea lor în materiale de rezervă.*

a) Formarea glicogenului prin activitatea celulelor ficatului din dextrosă, poate din fructosă. Modul acestei sinteze şi agentul sau ne e cu totul necunoscut. Asemenea nu o putem reproduce în vitro prin agenţi catalitici.

b) Desfacerea hidrolitică a glicogenului în molecule de dextroză, printr'un proces analog cu desf. diastatică a amidonului în dextrină maltosă; şi ac. enzimă nu e însă exact cunoscută. Reacţia nu e reprod. prin agenţi catalitici.

c) In fine oparte din hidr. de carbon (spre prescurtare în cursul artic. vom nota acest termen prin KH) sunt transformaţi în grăsimi, prin fasa intermediară de acizi graşi, reacţie reproductibilă prin agenţi catalitici.

3. *Transformări ale hexoselor între dânsele.*

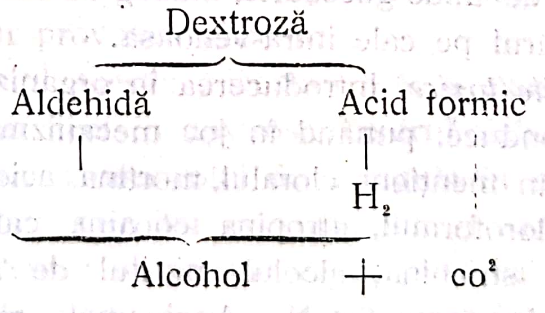
Fructosa (levulosa) în dextroză; manosa în dextroză; probabil galactosa în dextroză.

4. *Desfacerea şi arderea în organizm a moleculei de hexosă.*

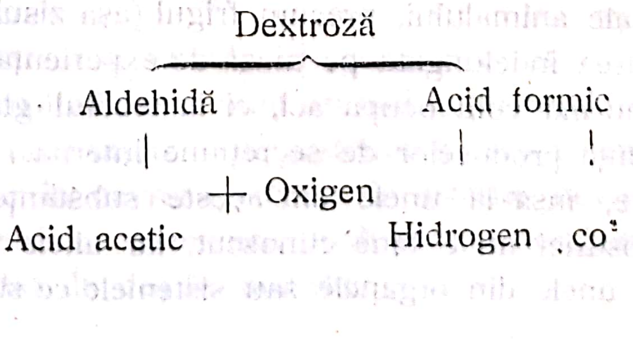
Cunoaştem produsele finale apa şi co^2. Procesele şi produsele intermediare, precum şi natura enzimelor ce le mijlocesc nu sunt încă lămurite şi cunostiinţele ce au fost dobândite în ultimii timpi sunt datorite lucrărilor lui Buchner şi mai ales lui Stoklasa şi elevilor săi. Acest autor a putut obţine în vitro prin ajutorul a diferiţi agenţi catalitici următoarele fase în descompunerea dextrozei.

Iată după Schade schema acestor procese.

a) Mersul procesului la adăpost de oxigen.



b) Cu ajutorul oxigenului.



Că lucrurile se pot petrece ast-fel şi în organizm este probabil din faptul că, aldehida poate fi uşor oxidată, de oare-ce aldehidasele sunt foarte răspândite în organizm iar pentru acidul formic sunt asemenea fermente ce pot efectua descompunerea lui.

Glicosurile experimentale

Vom studia:

a) Glicosuria alimentară. Puterea de asimilare şi transformare a KH în organizm e limitată cantitativ pentru un interval de timp dat. Ast-fel, chiar un organizm înzestrat cu capacitatea d'a utiliza complect zahărul, cea-ce tocmai nu e casul în diabet, va reacţiona cu glicosurie la întroducerea a unei însemnate cantităţi de ex. 150 — 200 gr. sirop de zahăr dimineaţa pe nemâncate. Avem aface cu o glicosurie alimentară, care nu are nimic anormal, de oare-ce în acest caz cantitatea de zahăr ce apare în urină, nu e de loc în raport cu cantitatea de zahăr întrodusă, organizmul utilizând cea mai mare parte şi neliminând de cât o mică cantitate, anume excesul ce nu-l poate nici utiliza nici depozita. Ba chiar, după experienţele lui Ginsberg, Eichhorst, Borgmüller se pare că, în aceste cazuri, glicosuria alimentară s'ar datori faptului, că din cauza prea marei cantităţi administrată de o dată, o parte din zahăr n'ar fi dedublat în intestin sau ar fi absorbit nu numai pe cale sanguină ci şi de limfatice; ficatul ar fi ast-fel evitat, zahărul ar pătrunde în sânge, de unde glicosurie, analog cu cele ce se întâmplă când injectăm zahărul pe cale intra-venoasă.

b) Glicosuriile toxice. Introducerea în organizm a o sumă de substanţe poate conduce, punând în joc mecanizme diferite, la glicosurie. Ast-fel vom menţiona cloralul, morfina, acidul salicilic, mentolul, terpentina, cloroformul, atropina, cocaina, cafeina, intoxicaţia prin acide, curare, stricnina, alcolul, nitritul de amil, oxidul de carbon, anume ioni precum Ca, Na. Apoi unele modificări în condiţiunile fizice ale animalului, precum frigul (aşa zisul Kältediabetes la broaşte), fixarea îndelungată pe masa de experienţă la pisici, etc. De adrenalină nu mă voiu ocupa aci, ci la studiul glicosuriilor produse sub influenţa produselor de secreţiune internă.

De oare-ce, însă la unele din aceste substanţe mecanizmul producerei glicosuriei nu e bine cunoscut, iar altele nu fac de cât să pună în joc unele din organele sau sistemele ce stau în legătură cu metabolizmul KH, nu mă voiu opri asupra lor în special. In ce priveşte florizina modul ei de acţiune e cu totul diferit şi va fi studiat în special (mecanizm renal).

Organele ce influenţează metabolismul hidraţilor de carbon

Sistemul nervos, ficatul, glanda tiroidă, corpusculele epiteliale (glandele paratiroide), ţesutul cromafin (glandele suprarenale), pancreasul şi probabil hipofisa, sunt organele a căror intervenţie prin mecanizme diferite, poate conduce la iperglicemie cu glicosurie consecutivă.

a) Sistemul nervos. Se ştie de la Claude Bernard, că o înţepătură în baza ventriculului al patrulea la epuri, într'un punct situat pe o linie, ce ar uni rădăcinele de origină ale nervilor acustici, dă naştere la iperglicemie cu glicosurie. Eckhard a arătat, că acest centru bulbar diabetogen e un adevarat centru reflex, ce poate fi pus în mişcare prin diferite excitaţiuni sensitive şi a cărui cale eferentă e formată de nervi simpatici, anume n. splanchnic, după a cărui secţiune, înţepătura rămâne fără efect. Se ştie că Langley a arătat că, nicotina paralizează sinapsele fibrelor pre şi post-ganglionare în ganglionii simpatici; se formează un adevărat bloc ce nu mai poate fi străbătut de curentul nervos, ceea-ce echivalează cu o secţiune fiziologică. Injectând deci sub cutan nicotina, înţepătura rămâne ca şi după secţiunea splanchnicilor fără efect, prin paralizarea sinapselor în ganglioni semi-lunari. E însă de observat că excitarea rămurilor post-ganglionare (deci a m. splanchnic după eşirea din ganglionul semi-lunar), nu provoacă glicosurie.

Mecanizmul acestei glicosurii este o exagerată transformare a glicogenului din ficat în dextrosă; centrul diabetogen al lui Claude Bernard ar avea deci rolul de a regula în mod reflex zisa transformare, conform nevoilor organizmului. Falta invoacă un mecanizm diferit. Pentru el, înţepătura ar provoca o augmentare a producţiunei de adrenalină, ceea-ce cum vom vedea dă loc la iperglicemie cu glicosurie.

Ori-cum ar fi lucrul, iritaţiunei acestui centru trebuesc a fi atribuite glicosuriile mai mult ori mai puţin durabile, ce se observă în diferite afecţiuni organice ale sistemului nervos central sau periferic, une-ori chiar în nevrose precum în isterie, nevrosa traumatică.

Voi semnala asemenea predispoziţia nervoasă generală, ce se întâlneşte atât de des la diabetici.

b) Ficatul. Amintindu-ne de fazele metabolismului KH, vedem că două dintrânsele se petrec în ficat: transformarea monozaharidelor în glicogen şi desfacerea acestuia în dextrosă. Se înţelege deci că acestui organ i s'a atribuit de la început un rol însemnat în patogenia diabetului. Ast-fel, spre a nu vorbi de cât ideile mai noi emise în această privinţă, Naunyn şi von Noorden au formulat cu toată rezerva ipoteza că, una din cauzele diabetului ar putea fi micşorarea capacităţei organizmului diabetic de a transforma zahărul în glicogen, de unde iperglicemie cu toate consecinţele sale. Von Noorden crede că muşchii, principalii consumatori de KH în organizm, nu pot utiliza KH, de cât sub formă de glicogen; la diabetici cum văzurăm tocmai formarea lui ar fi turburată. Celulele deci, deşi înconjurate de zahăr nu-l pot utiliza; sunt cum zice von Noorden flămânde de zahăr. Ele trimet mereu noi incitaţiuni ficatului, spre a le trimite glicogen, nu primeşte însă de cât un nou transport de zahăr; cum vedem un cerc viţios cu toate consecinţele ştiute. Nu insist mai mult asupra acestei ipoteze. De alt-fel nici menţionaţii autori n-au înţeles a reduce turburarea diabetică numai la acest mecanism. Şi apoi îi lipseşte acestei ipoteze tocmai dovada faptului că, muşchii nu pot consuma KH de cât sub formă de glicogen; de asemenea nu e dovedit că ficatul a perdut complect chiar în diabetul grav facultatea de a transforma zahărul în glicogen, dacă ar fi nevoie ca muşchii să-l consume ca atare. Noile cercetări au arătat de alt-fel că chestiunea e mult mai complexă şi această ipoteză, cu partea de adevăr ce o conţine, anume că glicogenul e mult diminuat în organizmul diabetic nu poate da de cât o explicare parţială.

Rosenfeld concepe rolul ficatului cu totul alt-fel. Numai acele KH conduc la animalele normale la acumulare de glicogen, care e administrat „per os“, pe când cel pe cale intravenoasă nu. La câinii depancreataţi numai zahărul administrat „per os“ conduce la augmentarea glicosuriei, pe când cel „per venam“, în cea mai mare parte este ars. Tocmai deci, din faptul că zahărul „per venam“ nu ajunge în ficat, şi deci nu e transformat în glicogen, Rosenfeld, conchide că este mai bine ars în ţesuturi de cât cel introdus prin căile digestive. Rosenfeld crede că la diabetici, zahărul provenind din ficat, e ars mai greu de cât cel ce circulă în sânge, fără a fi trecut prin acest organ şi că, capacitatea de combustiune a organismului diabetic pentru zahăr este crescută când zahărul nu trece prin ficat. Aceasta ar presupune însă că, zahărul ce ese din ficat prin transformarea glicogenului, nu ar fi sub formă de dextroză, pentru că alt-fel nu s'ar putea pricepe această deosebire constatată de Rosenfeld, ci sub forma unei combinărei între zahăr şi lipoide, ceea-ce îi îngreunează combustiunea. In fapt Rosenfeld, distrugând parenchimul ficatului cu acid sulfuric, a observat o creştere a metabolismului zahărului. Acestei hipoteze îi obiectează cu drept cuvânt Blumenthal, că e absurd a presupune, că un organ, în specie ficatul, pentru că funcţionează normal, e vinovat de o maladie. Aşa deci nu în ficat trebue căutată turburarea iniţială a diabetului.

c) Glanda tiroidă. Atenţia asupra glandei tiroide în metabolismul KH, a fost atrasă de glicosuria observată în unele cazuri de maladia lui Basedow şi după ingestia de corp tiroid, spre diverse scopuri. Spre a evita repetări, vom spune de ocamdată numai, că iperfuncţionarea glandei tiroide conduce la iperglicemie cu glicosurie.

In ce priveşte *corpusculele epiteliale* (glandele paratiroide), după cercetările lui Falta, Eppinger şi Rudinger, ele juca un rol antagonistic faţă de corpul tiroid în schimburile KH.

d) Pancreasul. Faptele clinice semnalate mai ales de Lancereaux au atras întâi atenţia asupra rolului pancreasului în patogenia diabetului, pe când cercetările ale lui v. Mehring şi Minkowoski au creat tipul experimental al diabetului pancreatic.

Aceşti autori au arătat, că extirparea *totală* a pancreasului este urmată de iperglicemie şi glicosurie pernanentă, însoţită de o serie de simptome ce se apropie de ale diabetului uman şi care conduc iremediabil după un timp relativ scurt la moartea animalului. Pe când toate cele-lalte noxe pe cari le-am văzut, conduc la o glicosurie mai mult ori mai puţin persistentă, neînfăţişând însă nimic din tabloul clinic al diabetului, turburările pe cari extirparea pancreasului le prevoacă în metabolismul KH, împreună cu numeroasele cazuri de diabet uman, în cari s'au găsit lesiuni ale pancreasului, au făcut să se creadă, a se fi găsit în îmbolnăvirea acestui organ, explicarea diabetului.

Interpretarea dată de Mehring şi Minkowski descoperirei lor, şi acceptată de toţi ceilalţi cercetători este că, pancreasul secretă un produs ce se revarsă în sânge (secreţiune internă), fără de care combustiunea sau utilizarea zahărului în organism nu mai e posibilă. In ce priveşte însă modul cum secretul pancreatic şi-ar îndeplini rolul, părerile sunt împărţite şi vom reveni mai jos asupra acestei chestiuni.

e) Ţesutul cromafin — capsulele suprarenale. Herter, Blum, Zuelzer, au observat şi studiat glicosuria provocată de produsul secreţiunei substanţei medulare a capsulelor supra-renale, (ţesut cromafin) adrenalina. Această glicosurie se observă la epuri, la câini, şi alte animale după injecţia subcutană, intraperitoneală sau intravenoasă a unui extract de glandă supra-renală sau de adrenalină şi e de o durată de câte-va ore. Importanţa teoretică a acestei descoperiri pentru patogenia diabetului este considerabilă, după cum se va vedea.

f) Hipofisa. Cercetări cu totul recente, datorite în parte lui Falta, par a indica o acţiune similară între ipofisă şi tiroidă în relaţiunile lor cu Pancreasul. Ast-fel s'ar explica turburările în metabolismul KH (glicosurie), ce le întâlnim în unele cazuri de acromegalie.

g) Rinichiul, glicosuria florizinică. Von Mehring, în 1886, a arătat că, injecţia de florizină, (glicosid = floretină + dextroză) la câine produce glicosurie. Cantitatea de zahăr eliminată nu e de loc în raport cu zahărul, ce ar putea rezulta în organism din desdoirea acestui glicozid; această glicosurie, contrar celor ce se observă în toate cele-lalte forme de glicosurie, nu e insoţită de iper ci de ipoglicemie; asemenea nu se observă dispariţia, ori cel puţin diminuarea considerabilă a glicogenului. Această glicosurie ar fi provocată de faptul că, florizina măreşte permeabilitatea rinichiului pentru dextroză, ceea-ce deci ar avea de rezultat că o cantitate oare-care de zahăr scapă acum prin rinichi.

Minkowski dă următoarea explicaţie: Celula renală desface acest glicosid în componentele sale şi elimină dextroza. Floretina, în dauna dextrozei din sânge, reconstitue florizina, care e din nou descompusă dextroza eliminată, şi aşa mai departe.

Pavy, Brodie şi Siau cred că, sub influenţa florizinei, celula renală, analog cu glanda mamară, capătă o adevărată proprietate secretorie d'a forma zahărul dintr'un precursor oare-care din sânge şi de a-l pune ast-fel în libertate. (Conform teoriei lui Pavy, zahărul nu circulă liber, deci ori-ce zahăr pus în libertate în sânge, e imediat eliminat de rinichi).

Ori-cum ar fi lucrul, vedem că glicosuria florizinică este cu totul diferită în mecanismul ei de toate cele-lalte forme de glicosurie este o *glicosurie renală.* Iată deci încă un organ, *Rinichiul,* care şi el joacă un rol în comportarea KH în organism, ca o barieră ce s'ar opune trecerei în afară a zahărului circulant după unii, ca un organ cu proprietăţi active, secretorii cel puţin în anume împrejurări, după alţii.

De alt-fel permeabilitatea rinichiului faţă de dextroză este încă puţin studiată în mod experimental. Observaţiuni clinice ne arată că, în unele cazuri trebue să admiţem o perdere a sensibilităţei rinichiului, un fel de augmentare a toleranţei faţă de zahărul circulant. Ast-fel Liefman şi Stern, E. Neubauer au observat în unele cazuri grave de diabet, că mult timp după dispariţia zahărului din urină, găsim totuşi iperglicemie; rinichii nu mai reacţionează faţă de această urcare a procentului de zahăr din sânge. Grote, Staehelin, Falta, Mohr, au observat fapte analoge la câini, după extirparea pancreasului.

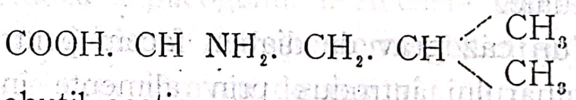
Origina zahărului la diabetici în afară de KH. Acidosa

Am studiat până acum diferitele forme de glicosurii, expunând împreună cu cercetările noi, datele deja cunoscute, intru cât era necesar a pricepe legătura dintre ele. Să vedem acum de unde provine zahărul ce se elimină în urină. Voi expune asemenea chestiunea acidosei. Ori-care din aceste două probleme ar putea forma obiectul unui studiu aparte. Mă voi mărgini însă a expune pe scurt cunoştinţele actuale.

Dacă într'un caz grav de diabet, facem pentru o perioadă de timp, bilanţul zahărului întrodus prin alimente în organism şi al zahărului eliminat prin urină, sau socotind cu aproximaţie prin exces, tot ceea-ce ar pute proveni din depozitul de glicogen al organismului, în cazul când am suprima KH din alimentaţie, vedem că numai sursa hidraţilor de carbon nu ajunge a explica toată cantitatea de zahăr eliminată. De aci concluzia că acest zahăr trebue să aibă o altă origină, anume proteidele şi grăsimile. Tocma în această privinţă studiul diabetului este extrem de interesant, de oare-ce ne înlesneşte cercetarea acestor transformări.

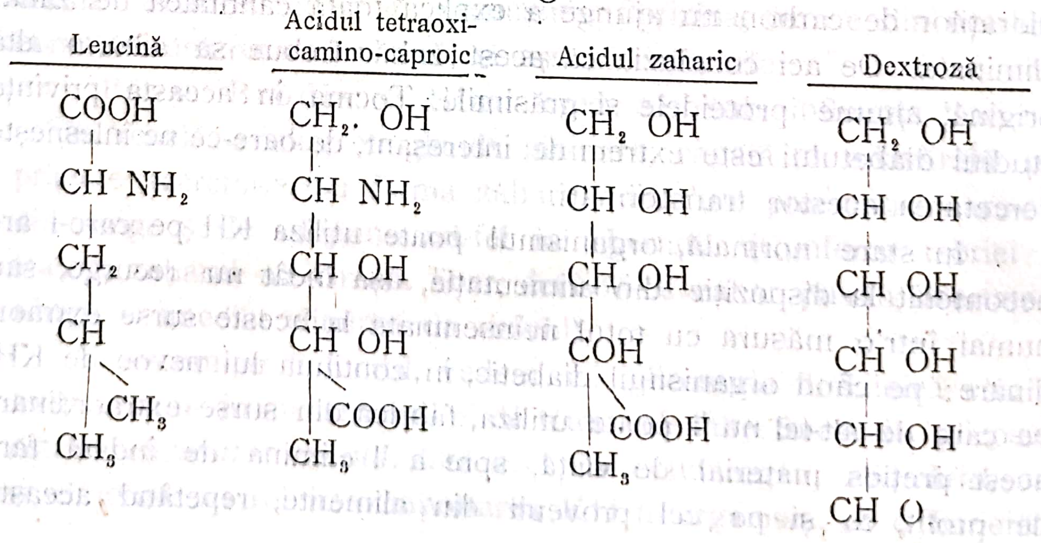
In stare normală, organismul poate utiliza KH pe care-i are necontenit la dispoziţie din alimentaţie, aşa încât nu recurge, sau numai într'o măsură cu totul neînsemnată la aceste surse extraordinare; pe când organismul diabetic, în continua lui nevoe de KH, pe care de alt-fel nu 'i poate utiliza, fabrică din surse extraordinare acest preţios material de viaţă, spre a 'l elimina de îndată fără de profit, ca şi pe cel provenit din alimente, repetând, această muncă de Sisif până la moarte. Evident, o ast-fel de totală incapacitate în utilizarea KH, nu e apanajul de cât al diabetului pancreatic experimental, poate al unui număr foarte restrâns de cazuri extrem de grave de diabet clinic; pe când în majoritatea cazurilor, diabeticii, tot utilizează într'o măsură ce variază de la caz la caz, o parte din KH. Coeficentul respirator este la diabetici mai mic de cât la normali, ceea-ce ne arată încă odată că, zahărul e neutilizat de țesuturi.

Origina KH din proteide. Cercetări recente au dovedit că, molecula tuturor proteidelor, afară de caseină, vitelină și gelatină, conține KH. Pavy și Fr. Müller, au pus întâi în evidență faptul, acesta din urmă descoperind glucosamina. Chestiunea a fost apoi studiată de E. Fischer. Dar acesti KH sunt în prea mică cantitate, spre a explica enormele cantități de zahăr, cari în anume cazuri de diabet nu se mai pot acoperi prin KH și cari, cum Luthje a demonstrat definitiv prin cercetări clinice și experimentale, trebuesc să provină din proteide. Rămâne deci să admitem o transformare a proteidelor în zahăr, din elementele constitutive ale complexului moleculei lor, din aminoacizi. Cei mai aproape prin constituția lor chimică a se preta acestei transformări sunt: glicocolul $CH_2\ (NH_2) — COOH =$ acidul amidoacetic; alanina $CH_3 — CH\ (NH_2) — COOH =$ acidul α aminopropionic și leucina, care ca și glucosa are 6 atomi de carbon


$$COOH.\ CH\ NH_2.\ CH_2.\ CH \begin{matrix} \diagup CH_3 \\ \diagdown CH_3 \end{matrix}$$

acidul α aminoisobutil acetic.

Iată aci seria fazelor prin cari s'ar putea ajunge de la leucină la dextrosă notând că pentru toate aceste prefaceri chimice succesive organismul ne oferă exemple analoge.



Experienţe, datorite mai ales lui Neuberg, fac ca această transformare să fie considerată ca posibilă; asemenea cercetările lui Mohr ne arată că, cel puţin glicocolul şi alanina sunt în organizm substanţe formatrice de zahăr.

Mai puţin dovedită pare transformarea grăsimelor în zahăr. Considerat ca aproape sigur de experimentatorii clinicieni, faptul e privit cu neîncredere de fiziologişti. Necesitatea acestei transformări pentru von Noorden şi alţii, rezultă de acolo că, dacă în cazuri grele de diabet se calculează după cantitatea de N (Azot) eliminată, tot Carbonul proteidelor distruse ca intrat în formarea zahărului, cantitatea de zahăr rezultată încă nu e suficientă spre a împlini bilanţul cantităţei eliminate şi mai rămâne un deficit, care neputând deci proveni din KH şi proteine, trebuie de admis că provine din grăsimi. Cum se vede, demonstrarea este indirectă şi s'a răspuns că nu este sigur că, azotul eliminat ne indică exact cantitatea de proteide distrusă în perioada dată de timp, spre a putea calcula cât C a intrat în formarea zahărului, căci nu ştim, dacă părţile din molecule proteidelor ce conţin N nu se elimină mai repede sau mai încet de cât partea ce conţine C şi calculul nu e exact de cât în supoziţia că. eliminarea N merge paralel cu transformarea părţei corespunzătoare din moleculă ce conţine C în zahar. Chimiceşte considerând lucrul, transformarea e posibilă. Cântărind argumentele pentru şi contra aduse, se pare că această transformare are loc; ea este însă rezervată unui număr restrâns de cazuri grave de diabet şi organizmul normal probabil nu recurge nici odata la ea.

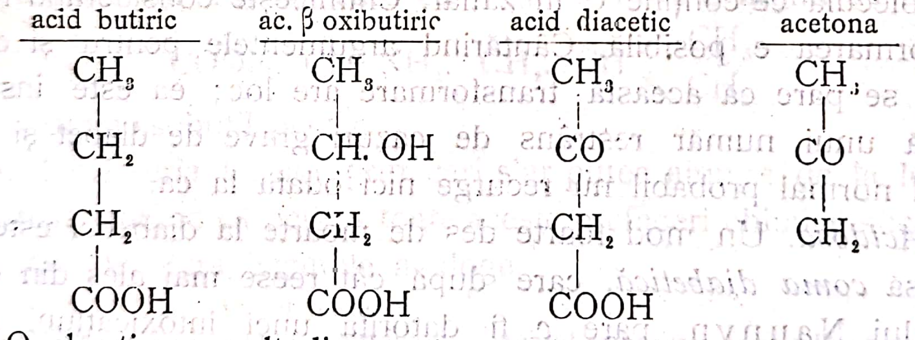
Acidosa. Un mod foarte des de moarte la diabetici este prin aşa zisă *coma diabetică*, care după cât reese mai ales din cercetările lui Naunyn, pare a fi datorită unei intoxicaţiuni acide. In cazurile grave de diabet întâlnim în organizm un exces de acizi, după cum ne arată atât aciditatea crescută cât şi cantitatea mărită de amoniac în urină, de oare-ce la distrugerea moleculei de proteide, o parte din amoniacul rezultat nu suferă mai departe prefacerea în uree, ci serveşte la neutralizarea excesului de acizi.

După Naunyn şi elevii săi (în special Magnus Lévy) aceşti acizi ar fi de natură organică, anume acidul β-oxibutiric şi produsele sale de oxidaţie, acidul acetoacetic şi acetona. Nu voi reda aci argumentele aduse în sprijinul şi în contra acestei păreri, de alt-fel acceptată azi de majoritatea autorilor. Objecţia principală adusă acestei teorii, constă în slaba toxicitate a acestor 3 corpi în experiențele pe animale. De acea, după unii autori această intoxicație acidă ar fi datorită altor corpi, poate acidului carbonic.

Ori-care ar fi rolul celor 3 corpi mai sus menționați în provocarea întoxicărei acide, proveniența lor e interesantă de studiat, de oare-ce apariția lor constitue o turburare în metabolizmul intermediar și rare sunt ocaziunele, ce ne permit a prinde fase intermediare în transformarea succesivă a diferitelor substanțe în organizm.

Acetona se întâlnește și în alte stări afară de diabet, ast-fel în unele stări febrile, în inaniție, etc. Pe când la diabetul uman acidosa e relativ frequentă, în diabetul experimental la animale apare foarte cu greu și numai în cantități mici. Pe de altă parte, pe când un regim sever, lipsit de KH, favorisează la diabetici apariția acidosei, introducerea KH o micșorează (tocmai lipsa KH explică apariția ei în inaniție) din contra grăsimele o măresc. După cum a zis, în mod pictoresc Naunyn, grăsimele nu pot arde de cât în focul hidraților de carbon.

Cei 3 acizi mai sus numiți nu provin deci din KH, ci apariția lor este o turburare în metabolizmul intermediar al grăsimelor. Ei derivă din acizi grași cu 4 atomi de carbon, cari la rândul lor pot proveni din acizi grași superiori. Iată legătura dintre acești corpi:



$$\begin{array}{cccc} \text{acid butiric} & \text{ac. }\beta\text{ oxibutiric} & \text{acid diacetic} & \text{acetona} \\ CH_3 & CH_3 & CH_3 & CH_3 \\ | & | & | & | \\ CH_2 & CH.\,OH & CO & CO \\ | & | & | & | \\ CH_2 & CH_2 & CH_2 & CH_2 \\ | & | & | & \\ COOH & COOH & COOH & \end{array}$$

O chestiune mult discutată este, dacă afară din grăsimi, ei pot proveni și prin sinteză sau din metabolizmul proteidelor.

Neuberg și Blumenthal au constatat că, prin oxidațiune se poate obține acetonă din produsele de desfacere ale proteidelor (aminoacizi). Embden, Salomon și Schmidt, au obținut prin circulațiuni artificiale în ficat din leucină, acetonă. Asemenea Baer prin oxidațiunea leucinei a obținut acidul oxibutiric. Formarea acetonei din proteide, pare deci sigură, de și rezervată probabil numai cazurilor grave de diabet. Blumenthal, observă cu drept cuvânt, că la descompunerea proteidelor se pun în libertate și oarecari KH, cari cum a arătat Naunyn favorisează arderea acetonei.

De aceia dar, în împrejurările obicinuite proteidele nu formează acetonă. De ce natură e această acţiune favorisantă a KH, întru cât trebuie să ne gândim la o acţiune catalitică, sunt probleme încă în studiu.

Bondi şi Allers au găsit că, intoxicaţia acidă experimentală nu produce o sărăcie în bazele eliminate, ci din contra o augmentare a lor cu ca 11%. Se schimbă însă proporţia dintre cationi, calciul fiind cu mult crescut. Ei 'şi pun întrebarea dacă calciul n'ar putea juca vre-un rol în coma diabetică.

Acţiunea hidraţilor de carbon, proteidelor şi grăsimelor asupra glicosuriei în diabetul clinic şi experimental.

a) Hidraţii de carbon. Este foarte curios faptul că, nu toţi KH sunt de o potrivă de bine toleraţi de organizmul diabetic. Cercetările lui Strauss au arătat că utilizarea lor se face în ordinea următoarea: levulosa, lactosa, amidonul, saharosa, glucosa, galactosa. Levulosa şi galactosa reapar ca atare în urină.

Levulosa e deci cea mai bine tolerată; aceasta are importanţă practică pentru utilizarea fructelor de diabetici. Maltosa e foarte rău tolerată, de aci oprirea absolută a beri la diabetici. Lactosa, în cazurile grave e rău tolerată, amidonul cum vedem vine în rândul al treilea. Găsesc necesar a accentua aci, că mai toate aşa zisele pâini sau alte preparate similare pentru diabetici din comerţ, conţin până la 40% KH, cea-ce trebuie avut în vedere la calculul KH admise şi stabilirea toleranţei.

b) Proteidele. Minkowoski a arătat, că în diabetul pancreatic la câne, coeficentul dintre cantitatea de dextroză şi azotul eliminat zilnic, $\frac{D}{N}$ oscilează în jurul lui 3. Din contra la diabetul uman, o sumă de factori precum gravitatea cazului, categoriile de alimente utilizate, travaliul muscular, etc., fac cu acest coeficent să varieze foarte mult. In ori-ce cas, vrând a studia influenţa unui factor oare-care asupra glicosuriei, trebuie a avea în vedere coeficientul $\frac{D}{N}$. Dacă spre exemplu, voim a studia acţiunea comparativă a KH şi a proteidelor asupra glicosuriei, trebue a compara influenţa a 100 gr. dextroză cu acea a unei cantităţi de albumine echivalentă cu 100 gr. de dextoză. Din motivele arătate mai sus, e însă greu de stabilit exact această cantitate. Probabil că maximum de formaţie al zahărului in albumină la om e reprezentat prin coeficientul:

$\frac{D}{N} = 5$. Un gr. Azot = 18.6 calorii dă naștere după Rubner la 5 gr. dextroză, 100 gr. albumină dă deci naștere la 81.8 gr. dextroză.

Din cercetările intreprinse în această direcție reese că, sunt cazuri de diabet la care glicosuria crește sub influența unui regim exclusiv azotos mai mult de cât sub influența unui regim mixt, sunt deci mai sensibile la albumină de cât la hidrați de carbon, așa numita glicosurie parodoxă, studiată de Naunyn, von Noorden, Kolisch, Falta.

In fine vom semnala că s'au descris asemenea cazuri foarte sensibile la influența grăsimilor.

Legile eliminărei zahărului după lucrările lui Falta. Intr'o serie de cercetări, Falta împreună cu diferiți colaboratori a reluat și complectat studiul condițiunilor eliminărei zahărului sub influența a diferiți factori precum și variațiile timporare ale curbei de eliminare. Concluziunile sale le-a formulat sub titlul poate cam pretențios de legile eliminărei, ast-fel: la valoare egală a alimentelor, ca formatoare de zahăr, în marea majoritate a cazurilor se stabilește repede o stare de echilibru. Valoarea zaharigenă a alimentelor o stabilește conținutul lor în KH și albumină, pe când grăsimea nu are importanță de cât în cazurile foarte grave. Se stabilește ast-fel o proporționalitate între valoarea zaharigenă a alimentelor și cantitatea de zahăr eliminată. Dacă valoarea însă zaharigenă a alimentelor se schimbă continuu, acest echilibru se strică.

Asimilarea zahărului se înrăutățește când coeficentul zaharigen e crescut; se ameliorează când coeficentul zaharigen e micșorat.

Deosebirile dintre diabetul pancreatic și diabetul uman

Sunt foarte interesante pentru patogenia diabetului deosebirile relevate de Falta între aceste două forme de diabet.

La diabetul pancreatic, metabolismul proteidelor stă în legătură cu zahărul eliminat; cœficentul D/N se menține quasiconstant în jurul țifrei 3. Metabolismul proteidelor, grăsimilor și sărurilor este crescut. Arderea glucosei e cu desăvârșire încetată, pe când levulosa poate fi încă utilizată. Acidoza cele mai adesea absentă sau în cantități minimale.

La diabetul uman coeficentul D : N poate să treacă cu mult de 3. Metabolismul proteidelor nu e crescut, din contra se poate observa chiar retenție de azot. In unele cazuri grave, cantități ridicate de proteide augmentează zahărul eliminat, pe când KH pot fi încă în parte utilizate. In aceste cazuri deosebirile dintre diferitele KH se şterg. Acidoza e foarte desvoltată. In unele cazuri glicosuria este influenţată în rău de grăsimi.

Pentru Falta turburările sau suprimarea pancreasului al cărui secret face posibilă arderea KH în organizm, nu pot explica singure diabetul, de unde necesitatea de a admite mai multe organe diabetogene, cu atât mai mult cu cât am văzut că şi alte organe cu secreţiune internă, şi sistemul nervos influenţează metabolismul KH. De aci necesitatea de a studia mai de aproape acţiunea reciprocă a glandelor cu secreţiune internă.

Acţiunea reciprocă a glandelor cu secreţiune internă şi rolul lor faţă de sistemul nervos; consecinţele asupra metabolismului KH.

Falta împreună cu Eppinger şi Rudinger au arătat într'o îndelungată serie de cercetări, că tiroida, paratiroidele, pancreasul, glandele suprarenale (ţesutul cromafin), hipofisa, exercită prin secreţiunea lor o dublă acţiune. Ast-fel în primul rând avem efectele generale datorite secreţiunei fie-cărei glande, efecte deja cunoscute în parte, din cercetările anterioare. Pe de altă parte aceste glande exercită una asupra alteia, sau o acţiune deprimantă sau o acţiune augmentatrice a funcţiunilor lor. Ast-fel între glanda tiroidă şi pancreas precum şi între pancreas şi ţesutul cromafin se exercită o inhibiţiune reciprocă, pe când între tiroidă şi ţesutul cromafin o exaltare reciprocă. Din contra paratiroidele sunt antagonistice glandei tiroide, pe când ipofisa pare a fi sinergică cu tiroida.

De aci rezultă că, suprimarea uneia dintrânsele este urmată nu numai de consecinţele dispariţiunei secretului specific, dar şi de un efect indirect datorit acţiunei pe care această secreţiune o exercită asupra celor-lalte glande anume, sau în sensul unei inhibiţiuni (Hemmung) sau incitaţiuni (Förderung).

Glandele cu secreţiune internă sunt supuse şi ele sistemului nervos, fiind inervate de simpatic, sau prin grupul autonom sau prin grupul simpatic propriu zis. Insă la rândul lor, ele influenţează excitabilitatea acestor două sisteme prin produsul lor de secreţie, exaltând excitabilitatea sistemului de la cari primesc inervaţia şi deprimând-o pe aceluia ce inervează glandele antagoniste (1).

Să considerăm, conform vederilor de mai sus, ce se întâmplă spre exemplu după extirparea pancreasului. Vom avea ca efect direct prin suprimarea secreţiunei specifice, imposibilitatea arderei zahărului. Ca efecte indirecte: *a)* Prin suprimarea intensivei inhibiţiunei ce o exercită asupra tiroidei, va rezulta o mai activă funcţionare a acestei glande, de unde creşterea metabolismului proteidelor, grăsimilor, sărurilor. *b)* Prin suprimarea inhibiţiunei asupra glandelor suprarenale, şi deci activarea funcţionărei lor, o excesivă mobilizare a hidraţilor de carbon. *c)* Prin suprimarea inhibiţiunei pancreasului către tiroidă şi glandele suprarenale se întăreşte în acelaş timp acţiunea incitatrice reciprocă a acestor două glande, de unde augmentarea efectelor semnalate în *a* şi *b*. Totul concură ast-fel a mări gravitatea turburărilor diabetice în urma extirpărei pancreasului.

Să examinăm acum efectele extirpărei glandei tiroide. Ca urmare directă, prin suprimarea secreţiunei tiroidiene, o diminuare a metabolismului proteinelor, grăsimelor, sărurilor. Urmări indirecte: suprafuncţionarea pancreasului prin suprimarea intensivei inhibiţiuni exercitată de tiroidă asupra acestui organ; de unde rezultă că injecţia de adrenalină nu mai provoacă acum glicosurie, căci deşi această substanţă produce exagerarea mobilizării KH, dar prin iperfuncţionarea pancreasului se arde excesul de KH mobilizate.

---

(1) Afară de acţiunea semnalată mai sus, influenţarea *excitabilităţei*, produsul de secreţie al ţesutului cromafin, Adrenalina, constitue cum se ştie în urma lucrărilor lui Langley şi Elliot şi un *excitant* adequant sistemului de la care ţesutul cromafin 'şi primeşte inervaţia, adică al grupului simpatic propriu zis. Această adequare merge după Elliot atât de departe, în cât unde vedem un ţesut reacţionând la Adrenalină, ex. un muşchi contractându-se sau relaxându-se, o glandă secretând, putem afirma, că primeşte o inervaţiune simpatică iar nu autonomă.

Autorii englezi, în special Langley, s'au ocupat de aproape cu studiul sistemului nervos simpatic. Aceşti nervi ţin, cum se ştie, sub dependinţa lor muşchii netezi, muşchiul inimei şi glandele. Caracteristic pentru fibrele sistemului simpatic e după Langley, d'a fi întrerupte după eşirea lor din axul cerebro-spinal, prin celule ganglionare. Un nerv simpatic se compune deci din fibre prae şi fibre post-ganglionare. Nicotina are acţiunea specifică d'a paraliza sinapsele fibrelor prae şi post-ganglionare în ganglioni, ast-fel în cât trecerea impulsului nervos e întreruptă. In acest sistem sunt 2 grupe, cari atât prin proprietăţile lor fisiologice, cât şi prin modul cum se comportă faţă de agenţii farmacologici, sunt antagoniste. Langley împarte deci sistemul nervului simpatic în: *a)* sistemul autonom cranial şi sacral autonom şi *b)* sistemul simpatic „strictu sensu“.

Acest antagonism face ca în organele cu dublă inervare, dacă spre ex. sistemul autonom provoacă o contracţiune, sistemul simpatic trimiţând impulse inhibitrice să provoace relaxare. Agenţii farmacologici exercită asemenea o acţiune limitată la unul sau la altul din aceste două sisteme, producând efecte antagonistice. Ast-fel spre ex. adrenalina excitantul specific al sistemului simpatic n'are nici o acţiune asupra organelor cu inervaţiune autonomă. Din contră atropina, pilocarpina, fisostigmina, sunt otrăvuri autonome, prima cu acţiune paralizantă, celelalte două excitante pentru sistemul autonom; de aci rezultă că adrenalina va fi antagonistică faţă de pilocarpină sau fisostigmină şi agonistică faţă de atropină.

In felul acesta se pot interpreta turburările ce rezultă din supresiunea ori-căreia din aceste glande.

Rolul ţesutului cromafin. Am văzut mai sus că, injecţia de adrenalină (produsul de secreţiune al subst. medulară [ţesut cromafin] din glandele suprarenale), provoacă glicosurie şi am spus atunci, că faptul e de mare importanţă pentru patogenia turburărilor diabetice.

Zuelzer a constatat că, glicosuria adrenalinică dispare sau se micşorează mult, dacă concomitent cu adrenalina, se injectează şi extract de pancreas. Din contră, cantitatea de zahăr eliminată de animalele depancreatate scade foarte mult, dacă se suprimă secreţiunea glandelor suprarenale, fie prin legătura vaselor acestor glande, fie prin extirparea lor (Frouin). Zuelzer ca şi Falta conchide că, între hormonul pancreatic şi adrenalina (hormonul suprarenal), există un antagonism, ceea-ce face ca în primul caz, hormonul pancreatic neutralizează acţiunea adrenalinei, în al doilea prin lipsa adrenalinei se micşorează mobilizarea KH, de unde diminuarea zahărului eliminat de animalul fără pancreas.

Zuelzer a încercat chiar, a trage consecinţe terapeutice din aceste fapte şi pretinde că, în câte-va cazuri de diabet uman injecţiunile de extract de pancreas ar fi fost urmate de scăderea cantităţei zahărului eliminat.

Dar mai curios e că Glaessner şi Pick au găsit la câini, că injecţiile de suc pancreatic (20—40 cmc. dobândit din fistula pancreatică) împedecă glicosuria adrenalinică, iar glandele suprarenale ale câinilor cu fistulă pancreatică au perdut aproape complect substanţa cromafină şi extractul lor nu mai provoacă ipertensiune.

Adrenalina provocând o mobilizare exagerată a KH din ficat, are în stare normală un rol important în mecanizmul regulator al cantităţei zahărului circulant. E deci de aşteptat, ca în lipsa secreţiunei glandulelor supra renale să întâlnim hipoglicemie şi de fapt Porges a constatat că, atât la animalele decapsulate cât şi în maladia lui Addison (insuficienţa glandelor suprarenale) întâlnim *ipoglicemie.*

E foarte interesant de semnalat că, diverse stări în legătură cu o abundentă consumaţiune de KH, influenţează secreţiunea glandelor suprarenale. Ast-fel Schur şi Wiesel au arătat, că travaliul muscular prelungit şi narcoza de oare-care durată şi intensitate provoacă o repede epuizare a secreţiunei acestor glande, precum ne arată dispariţiunea afinităţei pentru crom şi incapacitatea extractului unor asemenea glande de a provoca ipertensiune arterială şi midriasa ochiului de broască (experienţa lui Meltzer-Ehrmann)..

Straub a studiat mai de aproape mecanizmul glicozuriei provocată de adrenalină. El a căutat să se apropie de condiţiunile normale introducând adrenalina, pe cale intravenoasă, în doze minimale şi într'un timp relativ lung. Mecanizmul acestei acţiuni este identic cu al acţiunei vaso-constrictive; în ambele casuri adrenalina provoacă excitarea simpaticului şi glicosuria durează numai atât cât adrenalina se află în sânge, încetează deci îndată ce nu mai introducem adrenalină. Rolul ei ar fi de a regula distribuirea zahărului către procesele oxidative, după cum are un rol regulator în tonusul vascular, spre menţinerea constantă a presiunei sanguine. Straub a confirmat cercetările lui Falta, Rudinger şi Eppinger, după cari, la animalele fără tiroidă, adrenalina nu mai produce glicosurie, dar a găsit în plus că şi efectul vasoconstructiv e în acest caz nul, de unde conchide că la animalele fără tiroidă excitarea adequată simpaticului provocată de adrenalină e neeficace.

Rolul pancreasului. Voi vorbi acum despre lucrările recente ce se ocupă cu rolul acestui organ în metabolismul KH. După extirparea pancreasului se observă pe de o parte o exagerată mobilizare a KH, pe de alta imposibilitatea utilizărei (arderei) lor de organism; de aci şi modul diferit, cum diferiţi experimentatori înţeleg rolul acestui organ.

Ast-fel după Löwi, funcţiunea pancreasului constă în inhibiţiunea exercitată asupra nervilor simpatici ce reglează transformarea glicogenului în dextrosă. Se ştie că, adrenalina nu poate provoca, instilată în ochi, midriază la un animal normal; din contră, dacă extirpăm ganglionul cervical superior, dilatarea pupilei apare. In această experienţă, datorită lui Meltzer, s'a suprimat deci centrul de unde porneau anume inhibiţiuni ce împedecau acţiunea adrenalinei.

In mod analog, Löwi, a găsit că după extirparea pancreasuladia lui Addison (insuficienţa glandelor suprarenale) întâlnim *ipoglicemie*.

E foarte interesant de semnalat că, diverse stări în legătură cu o abundentă consumaţiune de KH, influenţează secreţiunea glandelor suprarenale. Ast-fel Schur şi Wiesel au arătat, că travaliul muscular prelungit şi narcoza de oare-care durată şi intensitate provoacă o repede epuizare a secreţiunei acestor glande, precum ne arată dispariţiunea afinităţei pentru crom şi incapacitatea extractului unor asemenea glande de a provoca ipertensiune arterială şi midriasa ochiului de broască (experienţa lui Meltzer-Ehrmann).

Straub a studiat mai de aproape mecanizmul glicozuriei provocată de adrenalină. El a căutat să se apropie de condiţiunile normale introducând adrenalina, pe cale intravenoasă, în doze minimale şi într'un timp relativ lung. Mecanizmul acestei acţiuni este identic cu al acţiunei vaso-constrictive; în ambele casuri adrenalina provoacă excitarea simpaticului şi glicosuria durează numai atât cât adrenalina se află în sânge, încetează deci îndată ce nu mai introducem adrenalină. Rolul ei ar fi de a regula distribuirea zahărului către procesele oxidative, după cum are un rol regulator în tonusul vascular, spre menţinerea constantă a presiunei sanguine. Straub a confirmat cercetările lui Falta, Rudinger şi Eppinger, după cari, la animalele fără tiroidă, adrenalina nu mai produce glicosurie, dar a găsit în plus că şi efectul vasoconstructiv e în acest caz nul, de unde conchide că la animalele fără tiroidă excitarea adequată simpaticului provocată de adrenalină e neeficace.

Rolul pancreasului. Voi vorbi acum despre lucrările recente ce se ocupă cu rolul acestui organ în metabolismul KH. După extirparea pancreasului se observă pe de o parte o exagerată mobilizare a KH, pe de alta imposibilitatea utilizărei (arderei) lor de organism; de aci şi modul diferit, cum diferiţi experimentatori înţeleg rolul acestui organ.

Ast-fel după Löwi, funcţiunea pancreasului constă în inhibiţiunea exercitată asupra nervilor simpatici ce regulează transformarea glicogenului în dextrosă. Se ştie că, adrenalina nu poate provoca, instilată în ochi, midriază la un animal normal; din contră, dacă extirpăm ganglionul cervical superior, dilatarea pupilei apare. In această experienţă, datorită lui Meltzer, s'a suprimat deci centrul de unde porneau anume inhibiţiuni ce împedecau acţiunea adrenalinei.

In mod analog, Löwi, a găsit că după extirparea pancreasului, deci după suprimarea inhibiţiunilor pornite din pancreas, adrenalina provoacă midriasă. Löwi însă, observă el însuşi, că e îndoelnic dacă diabetul şi această reacţiune oculară, sunt expresiunea suprimărei aceleiaşi funcţiuni, întru cât nici în sângele venei pancreatice, nici în limfa canalului toracic, nu s'au găsit substanţe ce inhibă sensibilitatea la adrenalină, sau cu alte cuvinte, ce ar împedica una din acţiunele cunoscute ale acestei substanţe. Tot ce se poate spune deci, este că pe lângă altele, pancreasul ar avea şi funcţiunea d'a inhiba (micşora) excitabilitatea unor organe cu inervaţiune simpatică (ex. pupila), şi că în acele cazuri de diabet uman în care midriasa adrenalinică se întâlneşte, diabetul trebue interpretat cu multă probabilitate ca pancreatogen.

Această reacţiune se întâlneşte şi în multe cazuri de maladia lui Basedow şi s'ar explica prin ipertiroidismul provocat de această maladie.

Reacţia lui Löwi se explică mai bine prin modul cum Falta concepe relaţiunile glandelor cu secreţiune internă. Ast-fel, pe când glandele supra-renale au o inervaţiune simpatică, pancreasul ar poseda o inervaţiune autonomă. Produsul de secreţie al acestor glande măreşte excitabilitatea sistemelor lor respective de inervaţie şi pe de altă parte aceste două organe au o acţiune inhibitrice reciprocă. După extirparea pancreasului, pe de o parte excitabilitatea sistemului autonom va scădea, pe de alta excitabilitatea sistemului simpatic va creşte şi se va produce iperfuncţionarea glandelor suprarenale, al căror produs e un excitant adequat al simpaticului. Asupra pupilei, organ cu dublă inervaţiune, autonomă (motor ocul. comun = efect constrictiv), simpatică = efect dilatator, suprimarea pancreasului va avea de efect o mai mare eficacitate a adrenalinei şi deci midriasă. Acelaşi lucru se va întâmpla în maladia lui Basedow, dat fiind faptul că tiroida şi glandele suprarenale au acţiune agonistică.

Ne vom ocupa acum cu acele lucrări, ce văd în pacreas organul a cărei secreţiune internă condiţionează arderea KH în organism.

După cum se ştie, Lépine a emis cel dintâi părerea că, pancreasul secretă un ferment glicolitic. Principalele argumente în favoarea acestei teorii erau că, zahărul dispare mai repede din sângele unui animal normal, de cât din sângele unui animal depancreatat. Această putere glicolitică dispare încălzind sângele la 56°. De asemenea puterea glicolitică a sângelui in vitro, ar fi mai mică la diabetici de cât la normali. Toate constatările lui Lépine au fost contestate. Ast-fel Duclaux a demonstrat că, afirmările lui Lépine în privinţa micşorărei puterei glicolitice a sângelui la diabetici se bazează pe o eroare de calcul; iar Fr. Kraus a arătat că acţiunea glicolitică a sângelui (în care se devarsă presupusul ferment) e foarte slabă „in vitro“ iar în organism n'ar fi de ajuns a stăpâni nici chiar aproximativ cantitatea de zahăr, ce se arde normal. Teoria lui Lépine este astăzi complect abandonată.

Conheim a emis în timpul din urmă o seducătoare ipoteză, ce pare a explica într'nn mod foarte satisfăcător rolul pancreasului în metabolismul KH. Principalul consumator de zahăr în organism sunt muschii. Pe de altă parte, după extirparea pancreasului glicolisa este împedicată, aşa dar pancreasul trebue să secrete ceva, fără de care glicolisa în muşchi este imposibilă. Dacă încercăm a studia puterea glicolitică, atât a unui extract de muşchi cât şi a unui extract de pancreas, ea este aproape nulă. Amestecând însă ambele extracte, glicoliza produsă este considerabilă. Rachel Hirch a găsit asemenea, că adăugarea de extract pancreatie unui extract de ficat, activează considerabil glicolisa. Rolul pancreasului, conchide deci Conheim, nu este d'a produce numai el singur glicolisa, ci d'a activa şi regula puterea glicolitică a organelor consumatoare de zahăr.

Din nefericire experienţele pe cari se bazează ipoteza lui Conheim au fost atacate de Embden, pe cât se pare cu mult succes.

Idea cooperărei a două organe pentru producerea glicolisei, o întâlnim şi în lucrărilc lui de Meyer. Pentru acest autor, cauza principală a diabetului, constă în turburarea adusă arderei KH. Fermentul glicolitic există, nu e însă secretat de pancreas cum credea Lépine; origina sa principală nu sunt nici muşchii, cum crede Conheim, ci leucocitele, cari 'l secretă în stare de proferment. Secreţiunea pancreatică (produsă de insulele lui Langerhans), joacă vis-a-vis de profermental glicolitic rolul de amboceptor şi din unirea lor, analogă poate cu combinarea amboceptorului cu complementul, rezultă fermentul glicolitic. Mai justă ar fi comparaţia cu activarea tripsinogenului de către enterokinază. De Meyer crede că, această transformare a profermentului glicolitic în ferment sub influenţa secreţiunei pancreatice s'ar face în presenţa ionului calciu. Acţiunea acestui ferment glicolitic nu s'ar exercita de cât asupra glucosei din sânge, sau cum o numeşte el, circulantă; n'ar produce şi glicolisa din ţesuturi. Dar tocmai aci stă de sigur partea slabă a teoriei lui de Meyer, căci după experimentele şi calculele existente, glicolisa în sânge, e cantitativ prea neînsemnată, spre a intra ca factor hotărâtor în cantitatea de glucosă ce organismul arde. Cea mai mare parte din glucosă e arsă în ţesuturi, cum a susţinut Conheim şi mai ales Stoklasa şi elevii săi.

Mai departe, de Meyer a căutat a obţine un antiferment, un ser antiglicolitic. Preparând epurii, prin injecţiuni repetate de ser sanguin, el a obţinut un ser, care privat de propria-i putere glicolitică prin încălzire la 56°, e în stare să micşoreze activitatea glicolitică a unui sânge normal în vitro. Injectat la câne, acest ser produce iperglicemie cu glicosurie trecătoare (durând cam 12 ore).

Intr'o altă serie de experienţe, de Meyer a încercat să anihileze acţiunea secreţiunei pancreatice prin provocarea de anticorpi specifici. Prin prepararea convenabilă a animalului (injecţii intraperitoneale la epuri, de extract de pancreas încălzit la 70°) a obţinut un ser, care în contact cu sânge defibrinat de câne împedecă glicolisa. In injecţie intravenoasă la câne, provoacă iperglicemie cu glicosurie prin anihilarea cel puţin parţială a funcţiunei glicolitice a pancreasului.

Influenţa pencreasului asupra glicolisei, a fost studiată în vitro şi pe alte căi.

Ast-fel Lépine, Burghart şi mai ales Blumenthal şi colaboratorii săi, au arătat că pulberea de pancreas produce o violentă activare a fermentărei zahărului de către microorganizmele de fermentaţie, cu dezvoltare abundentă de gaze, pe când o soluţie de control nu suferă de cât o fermentaţie minimală şi cu un mers foarte încet. Această activare a procesului de fermentare o produce pancreasul şi asupra unei soluţiuni de lactosă (fermentare lactică); el accelerează de asemenea fermentarea produsă de lactobacilină în lapte şi în o soluţie de dextroză.

In fine, cercetările chimiei fizice asupra catalisei şi în special lucrările lui Bredig, cari tind a demonstra, că fermenţii sunt cu totul analogi catalisatorilor anorganici (în cât Bredig numeşte pe aceştia din urmă fermenţia norganici) au făcut ca acţiunea secretului pancreatic să fie interpretată în sensul unui agent catalisator. Un ast-fel de rol reese şi din cercetările mai sus citate ale lui Blumenthal; Schade e înclinat asemenea a crede că, pancreasul activează combustiunea zahărului în sensul unui catalisator, în fine pentru Vahlen pancreasul lucrează catalitic prin secretul său la distrugerea vitală a zahărului. El a putut izola din pancreas o substanță ce nu distruge ea însăși zahărul, dar accelerează fermentația alcoolică. La animalele florisinate, injecțiile cu această substanță, ar produce o diminuare a cantității de zahăr eliminat.

Ori-cum ar lucra secretul pancreatic, e un punct slab în doctrina secrețiunei interne faptul că, nu avem experiențe la adăpostul or-cărei critici, prin cari diabetul prin extirparea pancreasului să fi fost influențat prin introducerea a ori-ce fel de producte provenind din acest organ. De aceea experiențele ingenioase lui Forschbach ce par a împlini acest gol, au fost primite cu mult interes.

Forschbach a recurs la următorul procedeu spre a studia această chestie. A reunit 2 câni tineri prin peritoneu și a așteptat până când circulația acestor două animale a devenit comună, așa în cât iodul administrat unuia era eliminat și de cel de al doilea. El numește această stare *Parabioză*. Cam după 11 zile extirpă unuia pancreasul. După această operație animalele trăesc câte-va zile. Diabetul, care apare la animalul căruia i s'a extirpat pancreasul este foarte atenuat, une-ori chiar, apariția lui este împedecată. Și la animalul cu pancreas apare o ușoară glicosurie, provocată probabil de faptul, că oparte din zahărul neutilizat de animalul depancreatat trece la cel cu pancreas; totuși nu această deplasare a unei infine cantități de zahăr e cauza micșorărei sau dispariției glicosuriei la animalul fără pancreas, de oare-ce, dacă separăm animalele, glicosuria apare la acest din urmă în toată intensitatea sa. Din aceste experiențe, rezultă deci pentru teoria diabetului pancreatic, că influența pancreasului animalului sănătos se exercită asupra metabolizmului KH (arderea glucosei) animalului depancreatat nu pe cale nervoasă, ci prin schimbu de limfă și sânge între ambele animale.

In fine, fără a intra câtuși de puțin în analiza nenumăratelor lucrări, prin cari se caută a se stabili, că insulele lui Langerhans ar fi acele elemente pancreatice, ce stau în legătură cu secrețiunea internă a organului, vom menționa totuși lucrarea lui Lazarus. Acest autor, provocând timp de luni de zile glicosurie la cobai, prin injecțiuni de florizină sau de adrenalină, a găsit că pancreasul și glandele suprarenale, prezentau o ipertrofie notabilă, datorită ipertrofiei și iperplasiei insulelor lui Langerhans. Aceasta ar proba deci independența anatomică și funcțională a acestor formațiuni, putând fi influențate izolat, precum și importanța lor în regularea metabolizmului KH.

Trecem acum la expunerea acelor teorii ce contestă pancreasului un rol de căpetenie în schimburile hidraților de carbon.

Inaintea lui Pflüger, Chaveau și Kaufmann au contestat asemenea că pancreasul ar avea un rol direct în utilizarea glucosei. După acești autori ar exista un centru medular excito-secretor pentru transformarea glicogenului în zahăr și un centru bulbar excito-secretor pentru pancreas (frenosecretor p. ficat). Secrețiunea internă a pancreasului ar inhiba centrul excito-secretor al ficatului și din echilibrul acestor două forțe antagoniste rezultă în stare normală conținutul constant al sângelui în glucosă. Extiparea pancreasului suprimă inhibiția centrului excito secretor al ficatului; va rezulta deci o exagerată desfacere a glicogenului în dextroză, cu glicosurie consecutivă.

Pflüger este astă-zi singurul fiziologist însemnat, care contestă doctrina secrețiunei interne a pancreasului. E adevărat, că nu s'a obținut izolat produsul acestei secrețiuni ast-fel cum în adrenalină posedăm produsul secrețiunei glandelor suprarenale, dar de alt-fel toate faptele cunoscute până azi vorbesc în favorul ei. Dată fiind însă autoritatea lui Pflüger, voi expune mai pe larg lucrările și concepția lui asupra patogeniei diabetului.

Teoria nervoso-duodenală a lui Pflüger. Toate probele aduse în favorul secrețiunei interne a pancreasului sunt criticate și respinse de Pflüger până chiar experiența capitală a lui Hédon. Se știe că acest fiziologist a arătat, că grefa unei mici bucăți de pancreas prevăzută cu pediculul său vascular impedecă la un animal la care s'a extirpat tot restul pancreasului, apariția diabetului, ba chiar dacă după cât-va timp legăm pediculul vascular, grație conexiunilor vasculare în cazul când ele au avut timp să se stabilească, bucățica de pancreas grefată continuă să trăească, să secrete și diabetul nu apare.

Pflüger, care atribue cum vom vedea un rol important firicelelor nervoase ce străbat pancreasul, zice că în această experiență diabetul nu apare pentru că împreună cu vasele sunt conservați și nervii în acest pedicul vascular, de oare-ce când secționăm pediculul diabetul apare (ceea-ce de alt-fel cum am văzut, nu e exact), Dar Pflüger n'a secționat izolat numai nervii pediculului, pentru ca lăsând vasele intacte și diabetul totuși apărând, să aibă drept a face obiecția sa. Pfluger mai arată că, e destul a lăsa un rest de pancreas în legătură cu duodenul, spre a împedeca apariția glicosuriei.

Dar mai curioasă e următoarea experiență: cât timp un mic rest de pancreas (după extirparea organului) e lăsat printr'un canal excretor în legătură cu duodenul, diabetul cum am spus, nu apare; e destul însă a lega acest canal excretor, a împedeca prin urmare secrețiunea *externă* a pancreasului să pătrundă în intestin, spre a vedea imediat diabetul apărând. Trebuie notat că acel rest de pancreas n'a suferit în aparență nimic în nutriția sa; pediculul vascular a rămas neatins, numai canalul excretor a fost legat. Rezultă deci, că duodenul trebuie să joace un rol însemnat în producerea diabetului.

Spre a studia mai de aproape lucrul, Pflüger a experimentat pe broaște. Extirparea totală a pancreasului conduce și la aceste animale la glicosurie; această glicosurie este însă după Pflüger cu mult mai intensă dacă se extirpă duodenul, evitându-se cu ingrijire ori-ce leziuni ale pancreasului. Dar același efect ca extirparea duodenului, o are și simpla secțiune a mezenterului între duoden și pancreas; ba chiar numai distrugerea firicelelor nervoase, cari merg dealungul vaselor între duoden și pancreas e de ajuns spre a provoca glicosuria. In acest din urmă scop Pflüger a legat foarte strâns cu mătase vasele, apoi după cât-va timp a ridicat legătura, așa în cât după părerea lui nervii ar fi fost zdrobiți, incapabili de a mai conduce curentul nervos, pe când circulația s'ar fi restabilit complect în vase.

Există deci, conchide Pflüger, în păretele duodenului un centru nervos de la care pornesc fibre nervoase, ce traversează numai pancreasul, spre a merge la ficat. Acest centru ar avea rolul prin intermediul acestor fibre pe cari Pflüger le numește antidiabetice, a împedeca exagerata transformare a glicogenului în zahăr. Diabetul ce apare în urma extirpărei pancreasului, nu se datorește de cât leziunilor acestor fibre inevitabile în cursul operației.

El concepe ast-fel patogenia diabetului: două feluri de forțe contribuesc la regularea metabolismului KH în organism: unele ce incită la transformarea exagerată a glicogenului în zahăr (în ficat) și al căror sediu e în medulla oblongată și altele antagonistice, cari împedică acea transformare și al căror sediu e în duoden, de unde se iradiază nervii antidiabetici spre ficat, împedicând printr'un mecanism încă necunoscut creșterea zahărului în lichidele organismului. Curios e că, de unde în cursul lucrărilor Pflüger, cum am văzut neagă pancreasului ori-ce rol, în conclusii îi acordă totuși un rol care nu se mai deosebeşte mult de doctrina secreţiunei interne, rol pe care-l formulează ast-fel: poate că celula epitelială a pancreasului dă sângelui un ferment antidiabetic; funcţionarea însă a acestor celule stă sub influenţa centrului nervos localizat în duoden, şi care incită celula pancreasului la formarea antidiastasei. Dar nimeni din partizanii secreţiunei interne n'a contestat că ea stă sub influenţa sistemului nervos; atât numai că Pflüger localizează acel centru în duoden; aci însă, sau în sistemul nervos central, din momentul ce pancreasul secretă un antiferment, nu se mai vede de ce Pflüger atacă cu atâta severitate teoria secreţiunei interne.

In privinţa rolului duodenului la mamifere, Pflüger a obţinut rezultate nesigure, contradictorii. Alţi autori au reluat chestiunea, practicând fie estirparea duodenului, fie numai distrugerea mucoasei.

Deja înaintea lui Pflüger, de Renzi şi Reale obţinuseră glicosurie în urma extirpărei duodenului la câni. In urma lui Pflüger, Ehrmann n'a obţinut la câni de cât o glicosurie pasageră, pe când Lauwens şi Rosenberg au avut rezultate negative.

Zack a observat două cazuri de distrugerea mucoasei duodenale în urma ingestiunei de potasă caustică, urmate de glicosurie.

Arzând cu termocauterul sau cauterisând cu diferite substanţe mucoasa duodenală, Gaultier, Silbergeit, au observat glicosurie. Pe când Gaultier admite fără rezervă interpretarea lui Pflüger, Silbergeit se întreabă, dacă această glicosurie nu e datorită excitărei puternice a sistemului nervos în urma acestui traumatism, cee-ce ar pune şi această glicosurie în rândul glicosuriilor reflexe ce se observă în urma a diferite excitaţiuni sensitive de oare-care intensitate. Dar rezultatul experienţelor şi interpretarea dată de Pflüger, au fost supuse unei minuţioase critici de către Minkowski, care a lămurit definitiv chestiunea acestui aşa zis diabet duodenal. Minkowski extirpă mai întâi unui câine cea mai mare parte din pancreas; bine înţeles glicosuria nu apare. Aceluiaşi animal îi extirpă apoi duodenul şi glicosuria iarăşi nu apare, cum ar trebui să fie cazul dacă afirmările lui Pflüger ar fi exacte. Când însă Minkowski extirpă şi restul pancreasului, care în unele cazuri fusese grefat sub piele, diabetul apăru imediat în toată gravitatea sa.

Cum se explică însă rezultatele obţinute de Pflüger la broască? Rosenberg şi de Meyer, cari au supus rezultatele lui Pflüger unei minuţioase critici înfăţişează lucrurile ast-fel: experienţele lui Pflüger au fost făcute vara şi Pflüger ţinuse broaştele sale pe ghiaţă. La broaşte există însă aşa zisul diabet prin frig (Kältediabetes), de care de alt-fel Pflüger avea cunoştinţă. Insă acest Kältediabetes e inconstant, aşa că a putut fi negativ în experienţele de control şi pozitiv tocmai în experienţele cu extirparea duodenului. De Meyer invoacă şi alte momente. E imposibil a afectua pe broască extirparea duodenului, fără însemnate turburări în circulaţia organelor abdominale şi prin urmare şi în pancreas; cu toate că Pflüger afirmă că pancreasul broaştelor operate nu suferise nimic în nutriţia lui, dar el n'aduce examene microscopice în sprijinul afirmărei sale.

Faptul că, bucata de pancreas, grefată la broaşte în sacul limfatic (prin analogie cu experienţa lui Hédon pe câni) n'a împedecat diabetul, nu dovedeşte nimic, căci la aceste animale, acea bucată e greu din cauza circulaţiunei lor, să capete de conexiuni vasculare suficiente şi deci s'a putut distruge uşor.

In privinţa afirmărei lui Pflüger că pancreasul ar fi traversat de acei nervi antidiabetici care din presupusul centru duodenal, s'ar îndrepta către ficat, de Meyer observă că, morfologiceşte e imposibil ca organe ectodermice, precum nervii, să traverseze organe endodermice, *spre a merge să se termine în alte părţi;* fără a mai socoti faptul, că nu s'a asigurat prin disecţie de aceşti nervi duodenohepatici, n'a căutat celule nervoase în peretele duodenal.

Dar Pflüger însăşi recunoaşte că teoriei lui îi lipsesc dovezile riguroase (ich weiss, dass meine Theorie des strengen Beweises entbehrt). Putem conchide că atacurile lui Plüger contra doctrinei secreţiunei interne a pancreasului n'au reuşit.

* * *

După ce am trecut în revistă lucrările mai importante privitoare la patogenia diabetului, să vedem ce idei generale se degajează dintrânsele şi cum putem concepe pe baza lor, diabetul.

E de sigur unilaterală ori-ce teorie, care ar vedea momentul principal al producerei diabetului uman în turburări privind numai una din fazele metabolismului hidraţilor de carbon, anume transformarea lor în glicogen (Naunyn), mobilizarea sau consumarea lor în ţesuturi. De asemenea nu se poate face din Diabet numai o turburare generală de oxidaţie. Experienţele lui Baumgarten sub conducerea lui Minkowski au arătat că substanţe înrudite de aproape chimiceşte cu dextrosa sunt totuşi perfect utilizate de organismul diabetic, pe când dextrosa nu. Dacă deci turburări de oxidaţiune există, ele sunt strâns legate de oxidaţiunea dextrosei.

Pentru alţi autori (Nencki, Sieber, Schultze, Cantani) arderea totală a zahărului e precedată de o desfacere pregătitoare a moleculei. Organismul diabetic ar fi pierdut tocmai facultatea d'a amorsa această distrugere a dextrosei, de unde imposibilitatea utilisărei ei.

Nu se poate de asemenea admite, cum am văzut, concepţia diabetului nervoso-duodenal a lui Pflüger; nici teoria alipirei KH la proteide a lui Pavy.

A face din diabetul uman o maladie datorită exclusiv alterărei secreţiunei interne a pancreasului, se opun deosebirile semnalate dintre diabetul experimental prin extirparea pancreasului şi diabetul uman; apoi turburările constatate în funcţiunile altor organe, ce joacă un rol important în metabolismul KH.

Trebue deci de admis, că diabetul este o turburare complexă, manifestându-se atât prin o exagerată mobilizare a KH cât şi prin imposibilitatea arderei lor. Posibil ca momentul principal să stea în alterarea secreţiunei interne a pancreasului, care ar lucra ca un agent catalitic în arderea KH în organism. Insă cum pancreasul este în conexiune de o parte cu sistemul nervos, pe de alta cu alte organe cu secreţiune internă antagonistice lui, ori-ce turburări ale acestor organe, ale enzimelor ce pregătesc transformarea KH absorbite în glicogen, sau a acelora ce transformă glicogenul în dextrosă, cu un cuvânt ori-care din numeroasele inele, ce formează lanţul metabolismului KH, poate prin alterarea lui să atingă şi pe cele-lalte şi să provoace ast-fel complexul de turburări ce conduc la diabet.

Am văzut că, pentru Falta secreţiunea internă a pancreasului este stăpânită de sistemul autonom, de aceia se şi influenţează de agenţi autonomotropi, cum de exemplu pilocarpina. Pancreasul se află în antagonism cu glandele suprarenale, cari regulează mobilizarea KH, organe cu inervaţie simpatică. Şi celelalte glande cu secreţiune internă, ce influenţează metabolismul KH stau sub influenţa uneia sau alteia din aceste două grupări antagonistice de nervi. De aceea Falta conchide că putem concepe diabetul uman ca o îmbolnăvire a sistemului nervos vegetativ, caracterizată prin predominenţa impulselor simpatice asupra celor autonome.

Putem deci teoreticeşte deosebi: *a)* o turburare diabetică provenind din insuficienţa secreţiunei autonome, insuficienţă pancreatică, manifestându-se prin turburări în arderea KH, sau: *b)* din exagerarea impulselor simpatice (supra-funcţionare tiroidei, glandelor suprarenale) dând loc la o exagerată mobilizare a KH; de fapt însă în diabetul uman, ambele cauze concură la producerea complexului morbid.

In diabetul provocat prin extirparea pancreasului, avem de aface numai cu suprimarea arderei KH; în diabetul uman se adaugă şi exagerată mobilizare de KH. Putem provoca experimental condiţiuni analoage diabetului uman, injectând *adrenalină animalului după extirparea pancreasului;* vom avea atunci augmentare considerabilă a coeficientului D:N ca şi în diabetul clinic

Pe baza acestor vederi se pot explica câte-va din particularităţile diabetului uman. Ast-fel spre ex. sensibilitatea ce unii diabetici o prezintă pentru KH, alţii pentru proteide, se explică prin diferitul grad de participare al celor două grupuri de glande cu secreţiune internă. După cum în primul plan trece insuficienţa sistemului autonom sau preponderanţa sistemului simpatic, vom avea în primul cas o exagerată sensibilitate pentru KH, în al doilea pentru albumină. Insuficienţa sistemului autonom înseamnă aci insuficienţă pancreatică şi deci diminuarea arderei KH, diabetul existent va fi foarte sensibil la ori-ce încercare d'a introduce KH; în caz de preponderenţa sist. simpatic avem ipertireoidism şi exagerată producţie de adrenalină, de unde exagerată mobilisare a KH şi distrucţie de proteide, adecă de material formator de zahăr; de acea asemenea cazuri vor fi foarte sensibile la albumină, vor reacţiona imediat cu augmentarea glicosuriei.

Ceea-ce predomină însă în cazurile grave de diabet uman, nu e atât insuficienţa arderilor, cât extrema mobilizare a KH, care face ca, în lipsa KH organismul să recurgă la proteide şi apoi chiar la grăsimi spre a fabrica dextrosa. In aceste cazuri, oxidaţia incomplectă a grăsimelor conduce cum am văzut la acidoză şi probabil acestei cauze se datoreşte şi Lipoidämia.

Dacă ar fi permis a sintetisa în câte-va rânduri o problemă atât de complexă, cu aspecte atât de multiple, atunci am formula patogenia diabetului ast-fel:

Diabetul este resultanta unui complex de turburări în metabolism, cari privesc în primul rând hidraţii de carbon şi anume două fase ale metabolismului lor, mobilizarea şi arderea.

Ambele aceste fase stau sub influenţa sistemului nervos şi anume mobilizarea sub influenţa sistemului simpatic, prin produsele de secreţiune internă ale ţesutului cromafin, arderea sub influenţa sistemului autonom, prin produsul de secreţiune internă al pancreasului. Jocul acestor două forţe este supus unui mecanizm regulator superior, ce rezidă în sistemul nervos central iar organul în care se produce glicogenesă şi glicogenolisa, este ficatul. Şi alte glande cu secreţiune internă, în primul rând tiroida, intervin în metabolizmul KH iar un rol de sigur important de şi actualmente aproape totalmente necunoscut, trebuie rezervat puterei de oxidaţiune pentru dextroză a ţesuturilor.

O exagerată mobilizare a KH fără turburări în oxidaţie, dă loc diferitelor forme de glicosurii, aşa zisele glicosurii nediabetice; imposibilitatea totală a oxidaţiunei dextrosei o întâlnim în diabetul experimental, prin extirparea pancreasului.

Combinarea acestor doui factori dă loc diabetului uman, în care în formele mai uşoare predomină exagerarea mobilizărei încât arderea nu mai merge paralel cu mobilizarea; în formele grave, incapacitatea arderei dextrosei trece în primul plan.

In aceste cazuri grave însă, e atins nu numai metabolizmul hidraţilor de carbon ci şi al proteidelor cum ne o dovedeşte exagerata lor distrugere (augmentarea N eliminat în urină, de unde cliniceşte emaciere) şi întrebuinţarea lor la formare de zahăr; asemenea metabolismul grăsimelor e alterat provocând incomplecta lor oxidaţie (de unde rezultă eliminare de produse metabolice intermediare, ce normalmente sunt arse constituind acidoza) şi întrebuinţarea lor la formarea zahărului, în fine al sărurilor — perderi exagerate — demineralisaţie.

De prisos să mai observ că primum movens al tuturor acestor turburări, ne este astăzi cu totul necunoscut.

II. TRATAMENTUL

Pe cât am inzistat asupra patogeniei diabetului şi problemelor în legătură cu ea, pe atât voi fi de scurt asupra tratamentului, mărginindu-mă la expunerea principiilor conducătoare.

Teoreticeşte s'ar putea concepe diferite căi terapeutice ast-fel: o provoca arderea KH, înlocuind secreţiunea internă a pancreasului; am văzut însă că nu există opoterapie. A diminua excesiva mobilizare a KH. Nu putem lucra de cât temperând impulsele sistemului nervos central cu sedative precum opiu, bromur, antipirina; efect foarte slab. Sau în fine, de oare-ce puterea d'a metabolis KH a organismului diabetic e micşorată sau dispărută, a micşora schimburile KH diminuând sau suprimând KH din alimentaţie precum şi materialul, din care ei se formează, în limitele posibilului. Aceasta e baza terapiei dietetice.

Când ştiinţa nutriţiuni era încă la început, când în special o sumă de probleme din metabolismul KH, ex. origina KH din albumină şi grăsimi, *condiţiunile eliminărei zahărului şi influenţa KH, proteidelor grăsimilor, asupra glicosuriei* nu erau bine studiate, nu putea fi vorba de un tratament dietetic raţional. Ast-fel existau diferite sisteme de cură. Se vorbea de cura de orez, cura de lapte, cura de cartofi, etc. a diabetului. Greşeala lor, ca sisteme de cură, a fost de a le fi crezut aplicabile fără distincţie ori-cărui caz de diabet.

Inainte de începerea tratamentului dietetic, trebuie determinat prealabil gradul de toleranţă al individului faţă de KH din alimentaţie şi pe baza acestei determinări se caută apoi a se ridica succesiv limitele toleranţei.

Dacă însă am dori să ştim, care e cantitatea asimilată şi cea arsă din totalul de dextrosă metabolizată în organizm şi care în cazurile grave poate deriva cum am văzut nu numai din KH întroduşi prin alimente sau existenţi în organizm sub formă de glicogen ci şi din albumină sau chiar din grăsimi, ne conducem după următoarele consideraţiuni: dacă admitem că valoarea formativă de KH a albuminei este de 80, (aceasta e ţifra acceptată azi ca cea mai probabilă), pentru fie-care gram de N eliminat în urină s'au putut forma 5 gr. dextrosă. Valoarea în zahăr a materialului metabolisat (KH + proteide) va fi coeficentul dintre dextrosa eliminată + 100 şi dextrosa ingerată + 5 × N. eliminat.

$\frac{D.\ 100}{KH + 5 \times N}$ Ex. (după Falta) un individ elimină 70 gr. faţă de 50 gr. ingerat; elimina asemenea 15 gr. azot.

Vom avea deci un cœficent de metabolism $\frac{70 \times 100}{50 + 5\,.\,15} = 56.$ adică acel individ din 100 părţi material alimentar ingerat, capabil de a da naştere la dextrosă, elimină 44% şi asimilă 56%.

Am văzut, că 1 gr. de albumină e egal cu 5 grame, dextrosă; dacă însă cœficentul DN trece de 5, aceasta indică după Falta o formaţiune de zahăr din grăsimi.

Un factor important, care trebuie asemenea luat în consideraţie, în hotărârile dietetico terapeutice, este acidosa. In practica zilnică este evident foarte greu a determina cantitativ acetona şi mai ales acidul β oxibutiric. Putem obţine indirect o aproximaţie suficientă din cantitatea de amoniac existentă în urină, care va fi necesarmente cu atât mai crescută cu cât acidosa e mai gravă. Insă pe lângă că nu e tocmai comod a determina zilnic cantitatea de amoniac (metoda lui Schlössing e simplă dar cere 2—3 zile de aşteptare; celelalte sunt relativ complicate, procedeuri de laborator), unele considerente teoretice se opun. Ast-fel cantitatea de amoniac eliminată variază cu alcalinele ingerate (în special la acidosă natriul introdus terapeuticeşte) şi cu proteidele metabolizate.

De acea, cea mai bună măsură ne-o dă diferenţa între cantitatea de zahăr determinată prin reducţie şi prin polarisaţie; cu cât acidosa e mai pronunţată cu atât această diferenţă e mai mare, de oare-ce corpii acidosei (acidul β — oxibutiric) deviiază la stânga planul de polarisaţie. Se mai adaogă la aceasta ca element de apreciere intensitatea reacţiunei în urină a acetonei şi a acidului diacetic.

După ce din toate aceste cercetări ne-au format o idee de gravitatea cazului, putem stabili tratamentul.

Regimul va conţine ceva mai puţini KH de cât limita toleranţei. Se exceptează casurile grave de acidoză în cari cum am văzut, supresiunea KH ar agrava această stare şi în care trebue a administra KH fără a ţine seamă de glicosurie. In ori-ce caz însă, cantitatea de KH ce poate fi administrată unui diabetic, e foarte mică aşa în cât nu acoperă de cât o parte restrânsă din caloriile necesare individului. De unde luăm restul de calorii? Din proteide. Insă şi aci suntem relativ limitaţi nu numai prin faptul că, sunt cum am văzut casuri cari sunt foarte sensibile la proteide, în cari un regim abundent în albumină agravează glicosuria mai rău chiar de cât KH ceea-ce face ca în aceste cazuri să nu putem trece de 50 gr. proteide sau 8 gr. N pe zi, dar trebue a ţine compt de toate inconvenientele unui regim supraazotat. Aceasta face ca în regulă generală să nu trecem de 100-120 maximum 140 gr. proteide pe zi, din care cel mult jumătate o acoperim cu carne, restul cu albumină din surse diferite.

Tot ce rămâne până la complectarea caloriilor necesare individului, trebue de acoperit deci din *grăsimi*, în primul rând untul proaspăt, şi aci intervine toată priceperea medicului şi artei culinare, spre a varia ast-fel menuul ca să facă suportabilă această ridicată cantitate de grăsime, fără a obosi stomacul sau a micşora apetitul pacientului.

Sunt însă cazuri în cari cu toată supresiunea KH şi diminuarea proteidelor, glicosuria persistă. Pe de altă parte reducţia excesivă a KH face să apară acidoza sau agravează pe cea existentă. In aceste cazuri în cari situaţia e în adevăr dificilă a fost introdusă de Naunyn şi de von Noorden aşa zisa „zi de foame“, în care pacientul primeşte numai lichide, ceai, cafea sau zilele de vegetale, în care timp de 2 zile pacientul mănâncă numai vegetate cu foarte puţine KH preparate cu mult unt. Rezultatul este mai în tot-deana excelent.

Evident o stare pronunţată de acidoză, cu ameninţare de comă, ne sileşte a schimba îndată tot tratamentul. Se administrează cam 100—150 gr. KH, cu aproape 50 gr. albumină şi cam 150 gr. grăsimi, ceva alcool, se dau cantităţi mari până la 100 gr. de bicarbonat de sodiu. Ba chiar, pornind de la faptul că levulosa este KH cel mai bine utilizat de diabetici, se administrează în cazuri grave pe cale subcutanată până la 100 gr. levulosă.

După dispariţia glicosuriei pacientul este ţinut încă cîtva timp la regimul ce ne a condus aci.

Se caută atunci a se vedea dacă toleranţa peutru KH s'a îmbunătăţit. In acest scop se începe a administra KH sau a mări cantitatea permisă. O dată ajunşi la un grad satisfăcător de toleranţă, putem varia sursele KH. E însă de observat, că nu e destul ca, dacă spre exemplu am stabilit o toleranţă de 100 gr. pâine, să permitem diabeticului ori-ce KH din alimente echivalente cu 100 gr. pâine, căci după cum am văzut diferitele KH, nu sunt de o potrivă de bine suportate de organizmul diabetic. Trebue a ne asigura întru cât ele sunt tolerate şi numai în caz afirmativ, a permite echivalentul cantităţei stabilite de KH din ori-ce sursă. In fine să nu se uite, că în unele cazuri, după dispariţia zahărului din urină, persistă totuşi cum am arătat iperglicemie, rinichiul ne mai reacţionând aşa de fin la zahărul din sânge. In aceste cazuri, cu toată lipsa de zahăr în urină, adevărata toleranţă nu se stabileşte de cât după dispariţia iperglicemiei

Dacă cazul a fost unul din acele sensibile la albumină, în cât cantitatea permisă fusese redusă, după dispariţia acestei stări, se va mări cantitatea zilnică de proteine, până la 12—14 gr. N pe zi.

Nu e locul a intra aci în detaliu asupra diferitelor procedee dietetice spre a atinge scopurile indicate mai sus. De asemenea nu voi vorbi despre numeroasele preparate alimentare aşa zise pentru diabetici. Voi aminti numai, că foarte multe din ele, conţin o însemnată cantitate de KH, unele cu tot numele lor până la 45%. E deci necesar a nu administra nici un ast-fel de preparat, al cărui conţinut în KH nu-l cunoaştem exact, căci mai în totdeauna indicaţiunile fabricanţilor sunt eronate.

Am spus mai sus, că unii diabetici tolerează mai bine KH de cât chiar proteidele şi în unele cazuri anume forme de KH au cea mai favorabilă influenţă. Ast-fel une-ori laptele, alte-ori cartofii. Acest fapt a şi făcut în unele rare cazuri succesul diferitelor cure de acest fel, spre a nu aminti de cât de cura de cartofi a lui Mossé. Greşeala a fost d'a le fi crezut aplicabile în general, ori cărui cas de diabet, tocmai din nepriceperea modului cum ele lucrau.

Von Noorden, a fost condus incidental, să observe cazuri în cari cu toată supresiunea KH, cu toată diminuarea proteidelor, chiar cu toate zilele de foame sau de vegetale, glicosuria persista şi în care cazuri administrarea unui anume hidrat de carbon, ovăzul, a condus la diminuarea sau dispariţia glicosuriei. Ba ceva mai mult, cum în anume cazuri suprimarea KH provoacă acidoza, sau existenţa acidozei face dificilă suprimarea KH, ovăzul ca KH, nu numai că prevenea acidoza, dar conducea şi la suprimarea zahărului din urină, îndeplinea deci un dublu rol. Ovăzul are în ast-fel de cazuri însemnatul avantagiu, nu numai de a fi un KH perfect tolerat şi asimilat, dar a avea o acţiune particulară asupra metabolismului KH, ridicând toleranţa organismului pentru KH, poate chiar îmbunătăţind arderea lor. Pornind de la aceste observaţiuni, von Noorden a întrebuinţat acest tratament în foarte multe cazuri propice (căci nu ori-ce Diabet e apt pentru cura de ovăz) şi rezultatele obţinute atât de el cât şi de numeroşi alţi clinicìani în diferite ţări au fost admirabile.

Von Noorden administrează cura de ovăz (Haferkur) ast-fel: o precede cu două zile de vegetale, apoi dă trei zile ca 250—300 gr. ovăz, (făină de ovăz al lui Knorr, sau alte preparate, precum: Kohenlohe'sche Haferfloken; grăunţele de ovăz american, etc.), preparat cam cu tot atâta cantitate de unt şi împărţind această cantitate la 6 mese; după trei zile urmează dieta severă cu o cantitate redusă de albumină.

Modul de acţiune al ovăzului e necunoscut. Atât numai se poate spune, că opiniunea lui Naunyn, după care cea mai mare parte din ovăz fermentează în intestin şi n'ar fi absorbită de cât o mică parte, nu e exactă. E vorba de o acţiune catalitică cum crede Schade? *Conţine ovăzul vre-o substanţă extractivă,* care stimulează secreţiunea slăbită, insuficientă a pancreasului? Personal am încercat în clinica lui von Noorden acţiunea a diferite extracte de ovăz precum apoase, prin acetonă, eter, alcool, asupra glicosuriei adrenalinice. In acest scop am injectat subcutan la câini, înainte, în acelaşi timp, sau scurt timp în urma injecţiei de adrenalină, asemenea extracte. Rezultatele au fost sau negative, sau prea puţin concluente. Sunt de atribuit aceste rezultate, incomparabil mai repedei absorbţiuni a adrenalinei de cât a acestor extracte sau ineficacităţei lor faţă de exagerata mobilisare de KH provocată de adrenalină? N'aşi putea răspunde.

In privinţa igienei generale a diabeticilor, tratamentului hidromineral, tratamentului complicaţiunilor, n'aşi avea nimic de spus pe lângă cele ce se găsesc în tratatele clasice; de aceea asupra acestor chestiuni nu voi insista.

NOTĂ. — In timpul corecturei articolului, au apărut două lucrări ale lui Stoklasa pe cari, atât ca complectare a articolului cât şi pentru foarte marea lor importanţă le rezum aci.

Über die glukolytischen Enzyme im Pankreas. *Zeitschrift für Physiol chem.* Bd. 62, p. 36. Stoklasa a reuşit în mod neîndoios a izola din pancreasul proaspăt o enzimă ce are proprietatea d-a desface dizaharidele precum zaharoza, lactoza, maltoza şi d-a transforma hexosele cari rezultă mai departe, în acid lactic, alcool, acid carbonic. Această enzimă poate însă ataca numai hexosele, cari rezultă din hidroliza dizaharidelor, pe când faţă de hexosele preexistente şi neprovenind imediat din dizaharide este inactivă.

De alt-fel Stoklasa crede că, enzime glicolitice se găsesc în toate celulele diferitelor organe şi combate părerea celor ce compară glicoliza cu hemoliza, ca rezultând din unirea a două substanţe analoge cu amboceptorul şi complementul.

In a doua lucrare **Über die Zuckerabbau fördernde Wirkung des Kaliums. Ein Beitrag zur Kenntnis der alimentären Glukosurie.** *Z. f. phys. chem.* Bd 62, p. 47. Stoklasa demonstră că ionul *Kaliu* este tot atât de indispensabil descompunerei hidraţilor de carbon în organizm, ca şi procesului respirator, exercitând asupra ambelor o acţiune catalitică. Ba chiar el crede că, printre substanţele ce pancreasul trimite organizmului prin secreţiunea sa internă şi cari servesc la oxidarea zahărului, se află în prima linie Kaliul. Asemenea atribuie acţiunea favorabilă a ovăzului (şi une-ori a cartofilor) asupra glicosuriei numai bogatului lor conţinut în Kaliu.

BIBLIOGRAFIE

Voi cita pe lângă câte-va lucrări fundamentale, numai acele publicaţiuni ce conţin fie expunerea analitică a lucrărilor mai importante, fie indicaţiuni bibliografice numeroase şi de unde deci cine-va s'ar putea orienta spre a studia mai de aproape vre-o chestiune.

F. Blumenthal. — Ueber neuere Forschungen auf dem Diabetes-Gebiete. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, p. 1836—1908.

Blumenthal. — Ueber nichtdiabetische Glykosurien. II Band, Heft 2, aus der Sammlung aus d. Gebiete der Verdaungs und Stoffwechsel Krankheiten. Halle 1909, b. Marhold.

W. Ebstein. — Ueber die Lebensweise der Zuckerkranken. 1901, Wiesbaden b. Bergmann.

W. Falta. — Ueber die Gesetze der Zuckerausscheidung beim Diabetes Mellitus. X Mitt. *Zeitschrift f. klinische Medizin.* 66 Bd., 1908.

W. Falta, H. Eppinger, C. Rudinger. — Ueber die Wechselwirkung der Drüsen mit innerer Sekretion. *Zeitschrift für klinische Medizin.* Bd. 66, 1908 und Bd. 67 1909.

W. Falta. — Die Therapie des Diabetes Mellitus. p. 75 in Ergebnisse d. inneren Medizin. 2-ter Band, 1908 b. Springer, Berlin.

Fröhlich und **Löwi.** — Untersuchungen zur Physiologie und Pharmakologie des autonomen Nervensystems. *Archiv f. exp. Path. und Pharmakologie* Bd. 59, 1908.

Külz. — Erfahrungen über Diabetes Mellitus. Jena, 1899.

Löwi. — Eine neue Funktion der Pancreas und ihre Beziehung zum Diabetes Mellitus. *Arch. für exp. Path. u. Pharm.* Bd. 59, 1908.

Langdon Brown. — Phisiological principles in Treatment. Glycosuria and Diabetes. 908, London. Tindall-Baillière.

M. Labbé. La physiologie pathologique des Diabètes sucrés. *Revue de Médicine* p. 709. 1907.

R. Lépine. — Le Diabète sucré. Paris 1909, chez Alcan.

I. R. Macleod. — The metabolism of the Carbohydrates. p. 312 in *Recent Adrances in Physiology and Bio-chemisty.* London 1908, b. Arnold.

de Meyer. — Contribution à l'étude de la sécrétion interne du Pancreas. Travaux de Physiologie de l'Institut Solvay. Bruxelles 1906, chez. Misch et Thron.

de Meyer. — Glycolyse, Hyperglycémie, Glycosurie et Diabète. *Annales de l'Institut Pasteur.* Tome XXII, 1908.

de Meyer. — Recherches sur le diabète pancreatique. *Arch. intern. de Physiologie.* p. 217, vol. XII 1909.

B. Naunyn. — Der Diabetes Mellitus. Wien 1906, II-te Auflage b. Hölder.

C. von **Noorden.** — Die Zuckerkrankheit. Berlin 1907. IV-te Auflage b. Hirschwald.

P. W. Pavy. — Ueber den Kohlehydratstoffwechsel. 1907. Leipzig b. Engelmann.

F. W. Pavy. — Pathology and Treatment of Diabetes Mellitus, viewed by the light of present-day knowledge. The Lancet, 1908. p. 1499.

H. Schade. — Die Bedeutung der Katalyse für die Medizin. Kiel 1907, b. W. Mühlan.

I. Seegen. — La Glycogènie animale. 1890 Paris chez Masson.

Straub Ub.—Der Mechanismus der Adrenalin, Glykosurie. Münch. med. Woch. Nr. 10, 1909.

Dr. G. STĂNCULEANU şi N.-E. LIEBREICH

Metoda Bauer-Hecht

pentru Sero-diagnosticul sifilisului, aplicată în afecţiunile oculare

E de prisos a mai discuta avantajele pe cari le prezintă aplicaţiunea metodei lui Wassermann în clinică şi mai ales în cea oftalmologică, unde chestiunea naturii specifice a afecţiunilor oculare apare aşa de des.

Aplicaţiunea acestei metode în afecţiunile oculare a fost stabilită încă din anul 1907, la congresul din Heidelberg, de către dr. A. Leber.

Acesta a reuşit a obţine în totdeauna o probă pozitivă în afecţiunile oculare sigur sifilitice (Ker. par.; Irită, Nevrită, Sclerită, Modificaţiuni oculare în Tabes, Paralizii, etc.) şi a putut pune în totdeauna o diagnoză, după examenul serologic în cazurile dubioase.

Dr. Leber descrie în „Medizinische Klinik" (22 Sept. 1907. 1/40), *două cazuri* extrem de interesante, din cari reese în mod perfect însemnătatea practică a reacţiunii lui Wassermann în domeniul oftalmologiei.

In primul e vorba de o femee de 42 ani, care a orbit subit la ochiul drept.

Examenul oftalmoscopic făcut la 8 zile după această întâmplare arăta în locul papilei o tumoare mare, de culoare albă-cenuşie.

Examenul sângelui fiind pozitiv s'a instituit tratamentul mercurial.

Diagnoza fu perfect confirmată de către efectul tratamentului de oare-ce neoformaţiunea dispăru, iar vederea reveni.

Al doilea caz priveşte pe o bolnavă cu afecţiunea lui Mikulicz.

Anamneza pacientei şi câte-va inflamaţiuni ganglionare îndreptăţiră presupunerea că era vorba de ceva specific.

Proba sângelui fu însă negativă. In schimb se găsi în granulaţiunile, ce le prezenta pacienta în fundul de sac conjonctival, structura unui ţesut tuberculos şi bacili de tuberculoză.

Tot Leber comunică în şedinţa din 19 Martie 1908 a soc. oftalmologice din Berlin că în 16 cazuri de afecţiuni oculare sigur specifice, după clinică sau anamneză, a obţinut 93,7$^0/_0$ reacţiuni pozitive, în 95 cazuri dubioase 42.1$^0/_0$, în 31 cazuri de Ker. par. 84$^0/_0$, în 48 cazuri de irită 33$^0/_0$, în 23 cazuri de corioretinită 26$^0/_0$, simptome oculare cerebrale 59$^0/_0$ (Klinische Monatsblätter, 1908. T. I. p. 425).

Din toate părţile însă se observă, că greutatea technicei face ca aplicaţiunea ei practică în clinică curentă să nu fie posibilă ori-cui.

In ultimul timp această technică grea a fost mult simplificată.

1. Prin întrebuinţarea unui antigen de cord de om (Fritz Lesser) şi

2. Prin întrebuinţarea amboceptorului natural pentru sângele de oaie, descoperit de către Bauer-Hecht în serul de om. (In stare normală serul uman hemolizează într'o oră o cantitate de 10 ori mai mare de sânge de oaie 2$^0/_0$).

Mulţumită acestor descoperiri, metoda lui Wassermann s'a simplificat foarte mult şi noul procedeu fu publicat de către Hugo Hecht în „Wiener Klinische Wochenschrift“ (1909, Martie 11. p. 338).

Tubul No.	Soluţie fiziologică Cl Na	Serum cm^3	2$^0/_0$ sânge cm^3	Doză simplă Antigen	Doză dublă Antigen	După o oră de termostat se adaugă în fiecare din tuburile No. 2, 3, 4. câte 1 cm^3 sânge.
1	1	0.1	1	—	—	
2	—	0.1	—	1	—	
3	—	0.1	—	—	1	
4	—	0.1	—	1	—	

Tubul No. 1 servă ca martor.

Hemoliza este perfectă în timp de 20 minute.

Dacă reacţiunea e positivă globulele de oaie cad la fundul tubului şi conţinutul rămâne turbure; dacă însă e negativă se face o hemoliză perfectă în cel mult o oră, conţinutul tubului devenind limpede.

Noi am aplicat această metodă la stabilirea diagnozei etiologice în afecţiunile oculare, după ce am văzut-o aplicată în 99 cazuri de către prietenii noştri dr. Bruckner şi dr. Gălĕşescu.

Cazuri	W H + +	W H — +	W H + —	W H —	dubioase
99	59	16	1	13	10

Ca şi în metoda lui Wassermann, reacţiunea e valabilă numai atunci când e pozitivă.

Intru cât ne priveşte pe noi, am întrebuinţat această metodă în 65 cazuri.

Rezultatele au confirmat aproape în totdeauna prevederile clinice şi în unele cazuri au stabilit diagnoza.

E important a face două observaţiuni:

1. Hecht sfătueşte a se pune diagnoza sifilis numai atunci când chiar în tubul său No. 4 se face oprirea complectă a hemolizei.

Ca şi prietenii noştri dr. Br. & dr. G. am trebuit să constatăm că ast-fel de cazuri sunt foarte rare, aşa că am adoptat o modificare constând într'un adaus de alte 3 tuburi, în cari se puneau la cantităţi egale de serum (0.1) cantităţi mereu crescânde de antigen (dr. Br. & dr. G.).

Diagnoza positiv se punea numai atunci când observam o turburare progresivă în toate tuburile.

2. Hecht susţine că din 325 seruri, cari au fost examinate spre a se vedea conţinutul lor de amboceptor natural pentru sânge de oaie numai 11 au prezentat o lipsă parţială.

Noi însă, deşi ne-am pus în absolut aceleaşi condiţiuni, am observat că proporţia serurilor sărace în amboceptorul în chestiune este cu mult mai mare decât susţine Hecht.

Dacă deci nu aveam hemoliza în tubul No. 1 adăugam după recomandaţia lui Hecht o cantitate de 0.5 sau 0.1, din serul corespunzător şi dacă nici în acest mod nu puteam produce hemoliza încălzeam serurile în chestiune timp de 30 minute la o temperatură de 48° şi apoi adăugăm acestora 0.1 c. m.³ din serul de control.

Cu acest procedeu am ajuns la următoarele concluzii:

Din *17 cazuri de Keratită parenhimatoasă* am obţinut 15 cazuri pozitive, 1 negativ şi 1 dubios.

Bolnavii respectivi erau în vârstă de la 8 — 24 ani: 9 bărbați și 8 femei.

Aproape toți erau atinși bilateral și cu stygmate eredo-sifilitice.

Un singur caz privește un sifilis câștigat și acesta unilateral.

Cazul negativ se prezenta cu toate simptomele clasice ale ker. par. (Ambele cornee profund infiltrate. Mama pacientei a avortat de mai multe ori. Dentura Hutchinson. Nici o reacțiune la o injecțiune de tuberculină).

Cazul dubios privește pe un tânăr, ce presupunea că este sifilitic și se trata cu sirop Gibert.

La aceste cazuri încă unul de sclerită, privind pe un bărbat de 35 ani, sifilitic de 9 ani. De 8 luni suferă de o episclerită la ochiul stâng. Pupila normală, se dilată normal cu atropină. *Proba sângelui pozitivă.*

Din *26 cazuri de Irită,* 10 au dat o probă negativă, 16 una pozitivă.

Primele 10 privesc pe o femee de 43 ani și pe 9 bărbați, cari neagă a fi sifilitici. Dintre aceștia 8 afectați bilateral, 2 unilateral.

Vârsta pacienților 24 — 60 ani.

Din cei 9 bărbați unul avea o irită traumatică, 4 erau vechi reumatizanți.

In toate cazurile evoluțiunea benignă. Pupila s'a dilatat în general ușor prin atropină. Aderențele s'au desfăcut ușor.

Cele 16 cazuri pozitive privesc 2 femei și 14 bărbați.

9 bărbați și o femee se recunosc sifilitici, 4 bărbați și o femee neagă a fi sifilitici.

10 cazuri sunt unilaterale, 6 bilaterale. Vârsta pacienților 26 — 68 ani.

La cei ce se recunoscură sifilitici, sifilisul data de 1 — 4 ani, (afară de 2 cazuri de congestiune a irisului, unde sifilisul data de 20 ani).

Afară de cazurile unde era vorba de o congestiune a irisului evoluțiunea a fost mult mai malignă ca la cazurile unde proba sângelui a fost negativă.

In unele cazuri instilațiunile de atropină, chiar în soluțiune pură, au rămas fără efect.

Mai ales unul din cazuri se prezinta foarte rebel. Acesta se declarase un an după infecțiune și prezenta și un condilom la marginea pupilară a irisului.

Un alt caz privește pe un tânăr de 30 ani, care în același timp prezenta și turburări în corpul vitros.

La acestea trebue adăogat un caz de *irită supurată*. Bolnavul în chestiune prezenta și o gomă în regiunea frontală, corespunzătoare ochiului bolnav.

Tratamentul mercurial a fost favorabil bolnavului. Proba sângelui dubioasă.

Din *7 cazuri de chorioretinită* am avut 4 probe pozitive și 3 negative. Vârsta pacienților 12 — 50 ani; 4 bărbați și 3 femei.

La acestea *1 caz de Deslipire a retinei*, la o femee sifilitică de un an cu proba sângelui pozitivă și un caz de *hemoragie retineană*, în care proba sângelui a fost negativă, dar în care urina pacientului conținea albumină.

Din *5 atrofii ale nervului optic*, toți pacienți ce se știau sifilitici, 3 probe au fost pozitive și 2 negative.

Din ultimele 2, un caz privea pe un bolnav sifilitic de 20 ani.

Afară de acestea am mai examinat ca măsură de control *3 cazuri normale* și *3 cazuri patologice de cataractă*.

Primele 3 cazuri priveau pe 2 bătrâni și pe o copilă de 12 ani, cu o cataractă moale.

In aceste cazuri proba sângelui a fost negativă.

Ultimele 3 cazuri privesc o fetiță eredosifilitică, cu o probă pozitivă; o a doua fetiță, fără stigmate eredosifilitice, care însă era pelagroasă și a cărei probă a dat un rezultat intens pozitiv și în fine o a treia fetiță cu o cataractă deasemenea patologică cu aderențe slabe, dar a cărei probă a dat un rezultat negativ.

Din aceste date rezultă că metoda Bauer-Hecht prin preciziunea și simplicitatea sa poate fi de mare folos în oftalmologie, cu deosebire în cazurile, în cari ne îndoim de specificitatea afecțiunei ce ne interesează.

CRITICI ŞI CRONICI

Dr. C. POPESCU şi Dr. AL. SLĂTINEANU

Epidemia de febră tifoidă din Iaşi (1909)

(Răspuns d-lui Profesor Dr. Manicatide)

D-l prof. dr. Manicatide, în articolul „Epidemia de febră tifoidă din Iaşi“, publicat în ultimul număr al revistei „Viața Românească“, pe lângă o expunere pur ştiinţifică şi cu caracter generic, face un examen critic al măsurilor luate pentru îngrădirea acestei epidemii, examen cu un caracter quasi-învinuitor pentru cei răspunzători de aceste măsuri. Regretăm că această replică, din împrejurări neatârnate de voința noastră, nu a putut fi publicată în aceiaşi revistă şi laolaltă cu articolul citat.

In chestiuni aşa de grave, ca o epidemie care dezorganizează viața unui oraş şi periclitează pe a cetăţenilor, ar fi o ambiţiune rău înţeleasă şi o vanitate de condamnat să nu se asculte părerile celor chemaţi a le da, mai cu seamă când ele sunt ale unui profesor universitar. Vom discuta deci argumentația de căpetenie a d-lui prof. Manicatide, cu toată obiectivitatea îngăduită firei omeneşti, şi având în vedere numai interesul obştesc, rezervând pentru o altă dată expunerea amănunțită a pricinilor, mersului şi eficacitatea mijloacelor de îngrădire ale acestui flagel.

Tifusul se pare că a existat totdeauna în Iaşi; cu certitudine el persistă fără întrerupere de 14 ani. Curba maladivă e descrisă ast-fel de d-l prof. Manicatide:

„Ridicarea se face cu încetul, progresiv, cu un maximum în Septembrie sau Octombrie şi o scădere iarăşi treptată în lunile următoare“. Descriere justă ca normă generală, căci se observă ridicări şi în alte timpuri ale anului; se întâmplă chiar ca maximum să fie iarna şi minimum vara.

Nenormalitatea curbei în anul acesta e însă ridicarea excepţional de mare şi aproape bruscă în Iulie şi menţinerea ei cam la aceiaşi înălţime în lunile următoare „Am avut, — zice d-l dr. Manicatide, — o explozie de febră tifoidă la o dată neobişnuită în mersul oare-cum regulat din anii anteriori". Adevărul e că au mai fost ast-fel de explozii şi la alte date; în 1896 la Octombrie, în 1902 la Martie, în 1904 în Aprilie. Totuşi, dacă înregistrarea cazurilor s'a făcut conştiincios, epidemiile din alţi ani nu au avut intensitatea celei din anul acesta.

Care să fie cauza endemicităţei tifusului în Iaşi? Nimeni nu va contesta, credem, că pricina de căpetenie e uşurinţa cu care puţurile se pot infecta. E observaţiunea curentă în multe comune rurale şi urbane; e pricina menţinerii lui în Bucureşti; va fi, prin analogie, şi a perzistenţii lui în Iaşi, unde puţurile sunt aproape 3.000, utilizate în permanenţă, construite cu totul primitiv, multe din ele săpate în teren infiltrat sau supus infiltrărilor.

Cum se explică însă isbucnirile febrei tifoide, şi în special a celei din anul acesta?

In parentes spus, confirmăm în totul afirmarea d-lui prof. Manicatide că e vorba de o febră tifoidă: Seroreacţiunea şi însămânţări din sângele bolnavilor, puşi la dispoziţie cu multă amabilitate de d-l dr. Guţu, au fost doveditoare. Ne pare de asemenea bine că d-sa e de părerea noastră, expusă în o şedinţă din Iulie a consiliului de higienă din Iaşi, şedinţă prezidată de d-l prof. Sion, că contaminarea apei e pricina de căpetenie a epidemiei de tifus.

Dar care apă s'a contaminat cu bacili tifici, căci Iaşul se alimentează cu mai multe feluri, şi anume: apă de conduct, apă de saca şi apă din puţurile particulare.

Apa de conductă provine în mare parte dintr'o captare făcută spre răsăritul oraşului, pe un platou întins, ale cărui versante au fost drenate în deosebite timpuri. Drenurile acestea, împreună cu alte captări mai mici, dau oraşului peste 500 m. c. pe zi. La un capăt al platoului se află satul Aroneanu, pe lângă care trece unul din drenuri (nu galerii cum spune d-l dr. Manicatide). La cel-lalt capăt sunt câteva galerii vizitabile, care dau acum apă abatoriului.

E invederat că aceşti 500 m. c. nu ajung pentru nevoile oraşului, de aceia numeroşi sacagii aduc peste 200 m. c. apă, scoasă din unele puţuri aşezate la marginile oraşului, construite şi întreţinute tot aşa de primitiv ca cele din lăuntru.

Când apa de aceste proveniențe e aşa de puţină şi scumpă (o saca se vinde şi cu 2 lei), lumea va utiliza şi pe aceea a numeroaselor puţuri particulare, fie ca apă menajeră, fie de băut. Incât in Iaşi există sistemul celor două feluri de apă: de stricat, şi aşa zisa bună de băut.

Care din aceste ape a pricinuit actuala isbucnire de febră tifoidă?

D-l prof. Manicatide susţine că e apa din conducta principală; şi probele, pe care se întemeiază sunt epidemiologice şi bacteriologice.

D-sa spune că observând repartizarea cazurilor de tifus, ele se grupează în jurul cişmelelor publice. Credem că acest raport nu poate fi un criteriu sigur pentru Iaşi, fiind-că nu toţi se infectează la domiciliu şi nici exclusiv prin apă, şi pentru că marea majoritate a populaţiunii utilizează apă de diferite proveniențe.

Un criteriu mult mai sigur ar fi fost, credem, observarea cazurilor de tifus în marile internate de băeţi şi fete, în care se întrebuinţează apă de *anumită* provenienţă. D-l dr. Manicatide nu utilizează însă acest criteriu cu discernământul necesar.

D-sa citează numai şcoala militară şi pensionatul Humpel, afirmând că ele se alimentează cu apă de conduct şi că ar fi avut câte 5—6 cazuri de tifus şi mai multe poate. Nu ne-a stat în putinţă de a cunoaşte modul de alimentare cu apă al şcoalei militare şi nici circumstanţele în cari s'au ivit cazurile, dar cunoaştem pe al institutului Humpel. Cele mai multe eleve sunt externe şi numai minoritatea interne. Din acestea două s'au bolnăvit de tifus, una îndată după închiderea şcoalei, alta cu două săptămâni mai târziu. Sunt cazuri, cari ar pleda pentru opinia d-sale. Dacă însă ar fi făcut aceiaşi anchetă printre sutele de interne şi externe, cari au băut apă numai de conduct, ar fi reflectat, credem, mai mult când a repartizat pe hartă cazurile de tifus în jurul hasnalelor.

Dar aceste dovezi epidemiologice au o valoare secundară când d-l dr. Manicatide ne poate da proba vădită a prezenţei bacilului tific în apa de conduct. In adevăr d-sa afirmă că la 5 August, „făcând culturi pe un mediu special, al lui Drigalski, pentru recunoaşterea bacilului tific, am putut izola un bacil, semănând cu al dizenteriei, din hasnaua din str. Armeană, şi unul tific, din str. Gându. Am identificat aceşti bacili, după regulă, cultivându-i pe diferite substanţe nutritive şi căutând reacţiunea specială de grupare, de aglutinare, cu seruri specifice. Dacă nu am fi avut dovada prezenţei bacililor tifici în apa din conducta principală, am fi avut presumpţiuni tari că această conductă a putut fi infectată. O parte din galeriile de captare se gasesc sub satul Aroneanu şi aci au fost cazuri de febră tifoidă, încă din luna Martie".

Nu ne ocupăm cu dispoziţia acestor „galerii", posibilitatea contaminărei lor, dacă printre numeroşii lucrători, care au băut toată vara acest fel de apă, s'a ivit vre-un caz de tifus, numărul şi provenienţa cazurilor de tifus din satul Aroneanu, căci acestea vor fi discutate cu alt prilej. Ne mulţumim de o cam dată a pune două întrebări:

După identificarea făcută, bacilul izolat *semăna* sau era al dizenteriei? Şi în cazul din urmă cum se explică că nu a pricinuit o isbucnire a acestei boli?

Dacă e adevărat că prin infectarea captărei de lângă satul Aroneanu, s'au răspândit bacili tifici în apa de conduct, cum s'au mai putut găsi aceşti bacili la 5 August, când acea captare fusese scoasă din circulaţie, *cu o lună mai înainte?* Cum e cu putinţă ca o lună după ce apa incriminată nu se mai vărsa în conducta generală, după ce această conductă fusese descărcată şi întreaga reţea spălată cu o soluţie, adevărat slabă, de hipermanganat de kaliu, să se mai poată izola bacili tifici dintr'o apă în permanentă curgere, printr'un mediu nutritiv ca al lui Drigalski? Aşa că ori captarea de lângă satul Aroneanu a fost contaminată, şi atunci atâta timp după suprimarea ei, d-l dr. Manicatide nu mai putea găsi bacilii tifici în apa de conductă din oraş; ori aceşti bacili au fost găsiţi realmente, şi atunci ei proveneau din alte captări. In ori-ce caz, presumpţiunea că isbucnirea tifusului a fost datorită contaminărei din satul Aroneanu, nu poate fi sprijinită prin fericita analiză bacteriologică.

Cum însă d-l dr. Manicatide afirmă că la începutul lui August a izolat bacilul tific din apa de conduct, atunci contaminarea trebue căutată în alte captări, căci posibilitatea infecţiunii pe traectul conductei principale sau al reţelei, d-sa o exclude.

Pe versantele platoului despre care am vorbit, şi a cărui suprafaţă e de vre-o 14 km. pătraţi, sunt mai multe sisteme de captări, fie-care răspunzând în camera apelor prin conducte speciale.

Care din aceste captări s'a infectat ori se mai infectează?

D-l dr. Manicatide nu dă nici o indicaţie, şi nici nu putea da, din momentul ce credea că drenul de lângă satul Aroneanu e cel infectat. Incât rămâne suspectată întreaga captare, căci d-sa nu a făcut studiul şi analiza fiecăreia în parte.

Atât directorul serviciului sanitar cât şi noi am fost preocupaţi de chestiunea, dacă apa din conductă este bună de băut sau nu, şi de aceia atât cercetările anterioare ale Prof. Cantacuzino, făcute la începutul lunei Iulie, cât şi ale noastre, de la mijlocul lui Iulie, s'au îndreptat asupra acestei ape, studiindu-se toate captările şi analizându-se toate conductele.

Atât d-sa cât şi unul din noi (Slătineanu) nu am găsit bacilul tific în conducte. Dar faptul că nu am găsit, nu ar însemna nimic, am putea admite că mai puţin norocoşi ca d-l prof. Manicatide nu am avut deosebita şansă de a cădea peste el. Fapt mai ciudat, nu am găsit nici bacilul Coli atât de comun în apele poluate prin materii fecale. Cercetările ulterioare ale altor bacteriologi (d-rul Mezincescu şi d-rul Vasilescu bacteriologul comunei Bucureşti) au confirmat modul nostru de a vedea.

Cu toate aceste multiple analize, prin faptul că d-l dr. Manicatide a reuşit să izoleze bacilul tific, şi cum infectarea prin drenul Aroneanu trebue scoasă din cauză, rămâne, repetăm, că cele-lalte captări au fost şi poate mai sunt infectate.

De aceia d-sa propune, ca cel mai practic mijloc pentru purificarea apei de conductă, instalarea unei uzine de ozonizare. „Această instalare nu ar costa mult (câte-va mii de lei), s'ar putea face repede şi ar putea fi utilizată şi mai târziu la nevoie; sau s'ar putea vinde altei comune, care şi-ar aduce apă; sau ar servi la ozonare, când apa din conducta principală de la Timişeşti s'ar infecta în mod accidental, sau s'ar opri un timp oare-care. In chipul acesta s'ar avea măcar siguranţa că din conducta principală se distribue apă sterilă.„

Mai întâi o uzină nu se construeşte în câte-va luni; aşa că cea propusă ar fi gata când Iaşul va avea apă abundentă şi, sperăm, bună. Al doilea, cele câte-va mii de lei se vor schimba pe teren în zeci de mii (cea din Sulina a costat mai bine de o sută de mii). In fine, pentru a propune comunei Iaşi o ast-fel de lucrare costisitoare, trebue să fim perfect convinşi de utilitatea ei; încât propunem d-lui prof. Manicatide *să se refacă examenul apei din conductă şi din drenuri, de o comisiune din care va face parte d-sa şi un delegat al direcţiei sanitare.*

Credem că propunerea e francă, loaială, îndreptăţită şi spre folosul obştesc.

FAPTE CLINICE

Medic Lt.-Col. ANDREESCU GH. şi Medic Sub-Locot. NICOLEANU C.

Un caz de meningită cerebro-spinală
cu
numeroşi meningococi în lichidul cefalo-rachidian şi fără reacţiune leucocitară.

Soldatul *W. I.* intră în cura serviciului în ziua de 27 Aprilie.

Antec. hered. Tatăl său mort, nu ştie ce maladie a avut. Mama sa sănătoasă, are un frate de asemenea sănătos.

Antec. person. In copilărie a avut rugeolă, a mai fost dese-ori bolnav de febră-palustră, neagă alte maladii.

Istoricul boalei. Pacientul intră în cura serviciului în ziua de 27 Aprilie prezintând ambele regiuni parotidiene tumefiate şi dureroase. Are dureri în timpul masticaţiuni şi deglutiţiunei. Ambele amigdale inflamate şi mărite de volum. I se dă pacientului o gargară cu clorat de potasiu 4/100 şi chinină sulfurică; primele zile cât a avut febră, precum şi regim lactat exclusiv.

In urma tratamentului instituit tumefacţia parotidelor dispare, pacientul pare complect vindecat după 10 zile.

Starea aceasta se menţine până în ziua de 9 Mai când are un acces tipic de epilepsie urmat la interval de alte 10 accese în timp de 24 ore.

10 Mai. Pacientul este într'o stare de somnolenţă de la orele 4 a. m. I. se face o puncţie lombară şi i se scoate 10 c. m. cubi lichid cefalo-rachidian limpede; examenul microscopic al lichidului: numeroase grupe de meningococi, nici un element leucococitar. — Tensiunea lichidului e normală. I se face o clismă purgativă şi i se dă o raţiune cu bromur de sodiu 10/200.

11 Mai. In tot timpul zilei de la ora 5 a. m. pacientul se se plânge de dureri de cap violente, duce mereu mână la frunte și geme.

Respirația e normală, (17), pulsul 100, temperatura 39° ; răspunde clar la întrebările ce i se pun, dar e așa de obosit că trebue a suspenda de mai multe ori examenul : organele toracice, inima și plămâni normale, pacientul are constipație.

12. Mai. In timpul nopței a avut delir, agitații, strigăte și gemete. Dimineața se plânge de durere de cap, având sensația că-i apasă ceva creerul, arătând în acelaș timp că tot capul e greu.

Are sensație de greață și din când în când încercări de vărsături.

Mișcările globilor oculari sunt însoțite de dureri de cap pe care le localizează deasupra ochilor. Constipația persistă. Ceafa prezintă o rigiditate complectă cu contractura dureroasă a mușchilor ei. Capul e răsturnat pe spate.

Rachisul în toată lungimea lui pare semi-rigid și foarte dureros la mișcările ce se imprimă coloanei vertebrale.

Pacientul are poziția în cocoș de pușcă.

Membrele inferioare în flexiune pe abdomen și oare cum contractate. Intinderea lor necesită oare care forță și deșteaptă dureri vii care pleacă din coloana vertebrală și radiază până în extremitățile membrelor. Mersul e imposibil. Mișcările active ale membrelor inferioare se execută în toate segmentele însă limitate din cauza durerilor pe care le deșteaptă. Membrul superior drept normal ca mișcări și nu deșteaptă extenziunea lui nici o durere, din contră membru superior stâng execută ridicarea lui printr'o mișcare sacadată până în poziția orizontală, de unde nu poate trece din cauza durerilor vii ce se provoacă. Forța musculară mult diminuată la membrul stâng. Reflexele rotuliene și achiliene exagerate, brusce și deșteaptă durerea. Tremurături în membre nu se observă. Sensibilitatea la tact și durere exagerată.

Are incontinență de urină. Are semnul lui Kernig și dunga meningitică a lui Trousseau.

13 Mai. Pacientul are aceleași simptome, este într'o stare de prostație, răspunde rău la întrebările ce i se pun, are aparența unui tific. Temperatura 38°. Pulsul 84. Respirația neregulată.

14, 15, 16, 17 Mai. Temperatura 37°. Pulsul 70. Se menține toate simptomele de mai sus.

18 Mai. Se face puncție lombară, se scoate 10 c. m. c. de lichid cefalo-rachidian limpede şi se face o injecţie intra-rachidiană cu 10 c. m. c. ser anti-meningococic.

Ca stare mintală prezintă numai o stare de lentoare în funcţiunile intelectuale. Răspunde întârziat la întrebările ce i se fac însă logic. Nu are delir nici halucinaţie. Poziţia în cocoş de puşcă se menţine. Are cefalee, semnul lui Kernig şi rigiditatea cefei.

In timpul acesta a avut ca medicaţiune antipirină 1 gr. pe zi şi bromur de sodiu 10 la două sute, câte 2 linguri pe zi.

19—21 Mai. Temperatura 36 dimineaţa, 37 seara. Pulsul şi respiraţia normale. Cefaleea tinde a dispare, iar rigiditatea cefei se menţine incomplect.

22 Mai. Rigiditatea cefei dispare. Cefaleea persistă, temperatura, puls şi respiraţia normale. Pacientul ia antipirină 1 gr. pe zi Durerile dealungul rachisului şi semnul lui Kernig persistă.

24 Mai. Nu mai are dureri dealungul rachisului, cefaleea şi contractura cefei a dispărut complect. Poziţia în cocoş de puşcă nu se mai menţine.

Examenul lichidului cefalo-rachidian făcut la 19 Mai şi 23 Mai arată aceaşi lipsă de reacţie leucocitară. Semnul lui Kernig nu a dispărut încă.

25 Mai. Aceaşi stare.

26, 27, 28 Mai. Stare generală bună, mănâncă, înghite bine doarme somn întrerupt. Nu mai are cefalee, rigiditatea cefei şi contracturile dureroase au dispărut complect.

Mersul e puţin dificil de oare-ce genunchi sunt puţin îndoiţi, în special mai mult cel din stânga şi nu se poate sprijini bine pe piciorul stâng. Semnul lui Kernig persistă încă.

29, 30, 31 Mai. Stare generală bună, doarme somn liniştit, are poftă de mâncare. Nu mai are dureri dealungul rachisului nici în membre. Rigiditatea cefei dispărută complect. In ziua de 31 Mai semnul lui Kernig dispare.

Nu mai are cefalee. Temperatura şi pulsul normale.

1 Iunie. Stare generală bună. Pacientul complect vindecat.

Ceea ce face importanţa cazului este lipsa complectă de reacţiune leucocitară în timpul boalei, chiar după injecţiunea cu ser antimeningococic.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic Colonel Dr. M. CĂLINESCU

Date relative la personalul materialul și măsurile sanitare militare

culese din Monitorul Oastei de la începutul aparițiunii sale

(Urmare)

In același timp se dă următoarea circulară către d-nii *farmaciști* ai armatei.

Având în vedere că mare parte din medicamente se aduc din străinătate și că aceste transporturi trebuesc făcute la timpuri spre a preveni ori-ce cheltueli mărite din cauza varietăței drumurilor, subscrisul considerând că este neapărat spre a putea fi în stare de corespunde diferitelor trebuințe ale serviciului nu numai în prezent, dar încă pentru ori-ce caz extraordinar; ca analog cu consumația anuală să se comande din vreme aceste medicamente și apoi depunindu-se în Magazii Centrale să se expeduească pe la diferitele puncte după cum s'a urmat și până acum în *România de dincoace de Milcov.* Cu onoare vă invită a trimite cât mai nezăbovit ca să putem adresa aceste cereri onor. minister de resbel.

I. Un inventariu de toate obiectele aflate, rafturi, sticlărie, borcane, balanțe, majare, vase de laborator, tigăi, etc., în ființă la 1 Ianuarie expirat pentru serviciul farmaciei acelui spital.

II. Ce preparate de farmacie, (extracte, tincturi, emblastre, unguente, sirop, etc.) Ca drogării (camfor, mană, fructe de tamarinde, gumuri, cortice, opiu, salamarum), ce producte (miere, lămâi, zahăr, ceară, unt de lemn, oțet, etc,) și ce vegetale (erburi, flori, rădăcini) au fost în ființă la arătata zi.

III. Ce obiecte; medicamente, drogării, producte și vegetale mai trebuesc acelui spital pe tot cursul anului 1861; care din aceste se pot cumpăra aci în ţară şi care trebuesc aduse din străinătate.

IV. Ce costă prin analogie medicamentele unui bolnav pe zi.

NB, D-nii ofiţeri sanitari sunt rugaţi a se informa dacă d-nii Farmacieri respectivi primesc regulat monitoarele şi în caz contrar raporteze Cancelariei sanitare spre cele de cuviinţă.

Inspector general, **Davila.**

La 8 Martie se dă următorul important *ordin de zi No. 71.*

Art. 1. — Şcoala de Medicină urmând a forma întocmai ca Şcoala Militară, deosebită comandă militară cu întreţinerea din fondul ei se ordonă cele următoare:

1. Toţi elevii ce se află însumaţi în protocoalele regimentelor şi corvezilor ca soldaţi, se vor scoate pe ziua de 1 Genarie ca mutaţi în şcoala de medicină.

2. Direcţia şcoalei de medicină, adăogând aceşti elevi în protocale va cunoaşte că sunt întru tot supuşi reglementelor şi disciplinei militare. In aceiaşi zi prin ordinul No. 72 se stabileşte personalul serviciului sanitar în modul următor:

In administraţia spitalelor

Inspector general Davila
Medic de Regiment clasa I-a, D. Ziţeos
" " " " II-a, Russo
" " " " " Fotino
" " Batalion " " N. Măldărescu
" " " " " G. Stavescu
" " " " " V. Vlădescu
" " " " " Z. Petrescu
" " " " " C. Dumitrescu
" " " " " Ar. Razu
" " " " " Grecescu
" " " " " G. Iconomu
" " " " " I. Nicolescu
" " " " " T. Alexandrescu

In Regimentul No. 1

Medic de Regiment clasa II-a, Iohan Hatcic
" " Batalion " I-a S. Iomotă

Medic de Batalion clasa II-a D. Ciocardia
” ” ” ” ” *vacant*
Subchirurg clasa II-a, P. Rădulescu
” ” ” Hr. Bolintineanu
” ” ” Nae Georgiu
” ” ” C. D. Ghiţulescu
” ” ” Al. Vl. Morăreţ
” ” ” St. Neagu Dinu

In Regimentul No. 2

Medic de Regiment clasa II-a, Iosif Suhamel
” ” Batalion ” I-a, Ion Vercescu
” ” ” ” II-a, I. Frumuşeanu
” ” ” ” ” vacant
Subchirurg clasa I-a, S. Andreescu
” ” I-a, I. I. Marinescu
2 vacanţe
Felceri . . . . Niţă Tudor Branceş
” Petre Nicolae

In Regimentul No. 3

Medic de Regiment clasa II-a, Iosif Brusst
” ” Batalion ” I-a, Aihenbau
” ” ” ” II-a, M. Butărescu
Subchirurg clasa I-a, Ion Popescu
” ” ” Cd. Rădulescu
” ” ” I. V. Vasilescu
” ” ” I. D. Nicolaides
Felceri . . . . Cd. Carbunaru
” . . . . . . Petre Nicolae

In Regimentul No. 2 de lănceri

Medic de Regiment clasa I-a, E. Severin
” ” Batalion ” ” I. Burlan
” ” ” ” II-a, Cd. Popescu
” ” ” ” ” M. Tănăsescu
Subchirurg clasa I-a, C. Papadopolu
” ” ” I. Constantinescu
2 vacanţe

Farmaciștii din Administrația Spitalului

Farmacist Șef Franț Prujinschi
„ clasa I-a, Frederic Gandi
Veterinar Carl Procheș

Prin ordinul de zi No. 75 din 10 Martie se ordonă ca cheltuelile de curățenie ca: rasul, tunsul oamenilor și spălatul rufelor să se facă din economiile ordinarului companiilor.

Cu Inaltul ordin No. 45, se primesc în oaste, d-rii Cantili cu gradul de medic de regiment cl. II-a și Popescu Gh. cu gradul de medic de batalion cl. I-a, iar *cu No. 48* se înaintează la gradul de medici de batalion clasa II-a, elevii din școala de medicină, Alexandru Teodor primind leafă de la Eforia Spitalelor Civile și Hristescu Dumitru la regimentul 1 de lănceri.

Ca urmare instrucțiilor de reformă din No. 4 al monitorului, Inspectorul general dă următoarea circulară indicând modelul raportului de reformă.

Circulară domnilor ofițeri sanitari atașați la corpuri

In urmarea celor publicate în „Monitorul Oastei“ No 4 asupra reformei, spre a evita ori-ce neînțelegere, sub-scrisul vă indică modelul raportului ce trebue să dați la timpul reformei pentru soldații ce îi propuneți de incapabili.

Acest raport se află redus în proporții după numerele în milimetre indicate în josul rubricelor.

La coloana de observații se va trece lămurit:

Dacă infirmitatea sau morba este sau nu incurabilă, de este sau nu contractată în serviciu și din ce cauză și de-și pot agonisi singuri hrana sau nu pot; asemenea și dacă acel individ este incapabil a servi în armată de tot sau numai în corpul în care este însumat și se poate trece în alte comenzi.

RAPORT

de soldații regimentului No. . . . ce după revezia medicală făcută găsindu-se incapabili a mai servi se propun de reformă

No.	Numele și Pronumele	Regimentul	Compania	Vechimea serviciului anul, luna	Districtul	Satul	Diagnostic	Observații

Prin ordinul de zi No. 82 din 15 Martie, se hotăraşte ca economiile de la ordinar, ce trec peste 500 de lei, să se depună la Casa Consiliului de administraţie.

La 20 Martie prin Inaltul ordin No. 55, doctorul în medicină Eduard Plohn, este primit în armată, cu gradul de medic de batalion, cl. I; pe aceiaşi zi, *cu Inaltul ordin No. 56,* se primeşte demisia medicului de regiment cl. II, Clauber şi se admite în oaste, ca medic de regiment cl. II, August Otremba, la spitalul Iaşi.

Cu Inaltul ordin No. 59, elevii Ion Alexandrescu, Dimitrie Niculescu, Rădulescu Tase, Petrache Georgescu şi Constantin Dâlianu, sunt numiţi subchirurgi pe oştire, fără leafă, iar subchirurgii Eustatie Fotachi şi Andrei Anastasiadi sunt înaintaţi medici de batalion cl. II, fără leafă. Elevul Pandele Gligorăscu, este înaintat farmacist cl. III, fără leafă. Subchirurgul Tache Nicolaidi se înaintează la rangul de medic de batalion cl. II, cu leafă, în regimentul No. 1, ca răsplată pentru serviciile aduse în timpul întâiei sale înrolări, vechimea ser viciului şi buna conduită. Elevul Dimitrie Nicolau, fost felcer în regimentul No. 2, rămâne pe oaste ca subchirurg, fără leafă.

La 22 Martie, prin Inalt ordin de zi No. 60, medicii de batalion, cl. II, George Anastasiade şi Constantin Popescu, sunt înaintaţi medici de batalion cl. I, cel din urmă primind tot leafa de medic de batalion cl. II, până la deschidere de vacanţe.

Prin Inalt ordin de zi No. 61, sunt înaintaţi medici de batalion cl. I, Ioan Burlan şi Gheorghe Popescu, la gradul de medic de reg. cl II, primind tot lefile de medici de batalion cl. I.

Cu Inalt ordin de zi No. 62, D-l Vasile Manfi este primit medic de batalion cl. II, în regimentul No. 2 de infanterie; iar cu *Inalt ordin de zi No. 63,* se primeşte în armată ca veterinar al artileriei, d-l Enghel în locul d-lui Viscofsky, pe conta Valahiei, cu leafă de lei 300 şi 150 lei diurnă, fiind obligat a căuta şi caii pompierilor şi trenului.

Prin Inalt ordin de zi No. 79, postul de supra-medic de la spitalul Iaşi se suprimă, cu leafa acestui post se vor susţine elevi aleşi din Moldova la studii, pentru a forma subchirurgi şi medici pentru armată.

Cu ordinul de zi No. 107, se ordonă controlul trimestrial al contabilităţei spitalelor, care până la 5 Aprilie, acest an, se făcea odată la 4 luni. Spitalele civile urmează aceleaşi reguli, ca şi spitalele militare, în ce priveşte cheltuelile extra-ordinare.

Prin ordinul de zi, pe toată oastea, No. 114, se hotărăşte ca la fie-care regiment de infanterie să conteze, în compania afară din rânduri, câte 2 caporali infirmieri; iar la regimentele de cavalerie şi artilerie câte 2 brigadieri infirmieri.

In prima jumătate a lunei Aprilie, inspectorul general da următoarea *circulară d-lor medici şefi de serviciu în spitale şi d-lor farmacişti ai acestor stabilimente.*

Reglementul asupra serviciului spitalelor, comunicat prin ordinul No. 245 din 1858 Iulie 22, impune şefilor de serviciu în spitale şi farmaciştilor îndatoriri, cari nu sünt tot-deauna executate, cu toată îngrijirea ce cer şi a căror întindere nu'mi pare a fi în deobşte destul apreciată.

Numai asigurându-se adesea prin ei înşuşi că toate instrucţiile sunt executate cu străşnicie numai cu acest chip, zic, îşi vor îndeplini responsabilitatea şi vor scăpa de urâtele urmări ce trage tot-deauna neglijenţa.

Afară de regulamentul general asupra serviciului, am onoare a vă aduce la cunoştinţă dispoziţiile următoare, ca să vă conformaţi cu exactitate:

1. Farmacia şi magaziile de medicamente, trebuesc tot-deauna închise cu cheea, în lipsa farmacistului sau a ajutorului său. In localurile unde nu este de cât un singur farmacist şi prin urmare unde este imposibil a avea o dejurnă permanentă, farmacia poate sta închisă de la 12 până la 3 ore, şi de la 6 ore seara până a doua zi, la aceiaşi oră dimineaţa.

Cu toate acestea, în timpul lipsirei farmacistului, va preda cheile medicului de gardă, ce devine provizoriu responsabil de serviciul farmaciei.

In spitalele mici unde numărul medicilor nu permite a avea o dejurnă regutată, farmaciştii vor face pe rând cu medicii dejurna, ca să se afle tot-deauna oficer sanitar în stabiliment.

Medicii de gardă, trebue tot-deauna să ştie unde este farmacistul în timpul lipsirei sale şi vice-versa, farmacistul să ştie unde se găseşte medicul.

2. Dozele de medicamente precum şi No. lipitorilor trebuesc scrise în toate literile, atât pe listele şi caetele de visită, cât şi pe ordonanţele speciale.

3. Alcoolul, migdalele, scorţişoara, ceara, apa de flori, de portocali, unt-de-lemnele esenţiale, untul de lemn de măsline, diferitele siropuri, tinctura de chinchină, oţetul curat, nu pot fi prescrise în caetele de vizită, de cât ca ingrediente, făcând parte dintr'un medicament compus, însă nici odată singure.

Unt-de-lemnul pentru aparate, trebue cerut prin bon (ţidulă) special, subscrisă în întreg de mâna şefului de serviciu şi subsris cu toate literile.

4. Preparaţiile şi prescripţiile de prafuri sau tincturi dentifrice, siropul de smeură, de coacăze, pastilele pectorale, amestecările spirtoase, care pot înlocui băuturile alcolice; asemenea toate medicamentele de lux sunt cu desăvârşire oprite.

5. Este oprit medicilor de Batalion de a prescri pentru propria lor întrebuinţare sau pentru camarazii lor ori pentru morbaşi militari de afară, afară de cazurile prevăzute în reglement prin articolele 20 şi 44.

Conform acestor articole nu pot prescri pentru serviciu intern de cât pe liste la vizita de seară şi totd'auna sub responsabilitatea şefului de serviciu.

6. Farmaciştii cu toate acestea trebue să execute ordonanţele ce primesc de la medicii şefi de serviciu ori cât de extraordinare ca cheltuială li s'ar părea, dar pe dată va observa şefului de serviciu de costul medicamentului şi raportează Inspectorului General care ia măsuri să se facă despăgubirea de la medic, dacă acesta nu va justifica întrebuinţarea raţională a medicamentului.

7. Medicii şefi de serviciu au primit ordinul No. 240 că nu trebuesc prescrise de cât medicamentele riguros necesare în timp de 24 ore şi nici odată în doze, care dacă ar fi luate din întâmplare într'o singură oră, ar pricinui simptome de otrăvire; dacă s'ar ivi contrariu, farmacistul va refuza pe dată expedierea, dar după ordinul repetat, scris şi subscris în toate literile de medicul şef de serviciu, se va supune.

8. Eticheta pe sticlele medicamentelor va indica totd'auna în litere romane, diviziunea în cifre arabe, No. patului şi modelul întrebuinţării. Etichetele pentru medicamentele interne vor fi pe hârtie albă, pentru externe hârtie galbenă.

9. Listele şi caetele de vizită nu pot rămânea în mâinile farmaciştilor de cât timpul necesar la executarea ordonanţelor. Pe dată ce distribuţia medicamentelor este terminată şi controlată (Art. 49 reglement 1858) se predau medicului de gardă, care controlează din nou acea distribuţie şi dă la vizita de seara foile şi caetele medicului secundar ataşat la spital.

10. Reţetele de seara formează un paragraf special al registrului de înscrierea ordonanţelor.

11. Medicii şefi de serviciu trebue să subscrie în fie-care zi acest registru pentru ordonanţele zilei trecute.

12. Ori-ce ordonanţă scrisă după vizita de seara şi trimisă la farmacie, ia data zilei următoare.

Rog pe d-nii medici şefi de serviciu de a nu se mulţumi numai subscriind acel registru după cum se întâmplă adesea dar să citească, să verifice şi să controleze medicamentele prescrise în ziua trecută.

Să nu piarză din vedere, că această verificare face neapărată comparaţie cu foile şi caetele de vizită, ce a servit a le stabili şi că numai astfel poate priveghea totd'auna execuţia ajutorilor săi şi să le corijeze greşelile, ce ar face.

Pui, Domnilor o mare importanţă la împlinirea scrupuloasă a acestei părţi din funcţia d-voastră, căci adesea în prescripţiile de amănunte se risipeşte cantităţi de medicamente cu pretenţia că costă puţin şi fără a se gândi că acea fracţie de para de prisos cheltuită, formează sume considerabile la finele anului.

Inspector General, **Davila.**

La 14 Aprile cu *înaltul ordin de zi No. 88*, medicul de batalion cl. I-a dr. Eduard Plohn, este înaintat medic de regiment cl. II-a la spitalul Iaşi, în locul medicului de regiment cl. II-a Wilhelm Chisovici, care trece la regimentul de lănceri.

Cu Inalt ordin No. 95, din 18 Aprilie, se primeşte în armată ca medic de batalion cl. II-a Francisc Fallon la regimentul No. 1 de infanterie; la 2 Mai *cu Inalt ordin No. 110*, se primeşte demisia medicului de regiment cl. I-a Greceanu.

Ordinul de zi No. 135, din 4 Mai, aranjează după budget *personaju* serviciului sanitar pe conta Moldaviei.

La spitalul din Iaşi

Medic de Regiment clasa I-a, Iulius Teodori
” ” ” ” ” vacant
” ” ” „ II-a, Gustav Otremba
” ” ” ” „ Eduard Plohn
” ” ” „ „ Isaia Silberţvaig
Subchirurg Sigmond
„ 3 vacanţe
Farmacist şef Ioan Grellman
„ clasa III-a, Fraind Ludvig
” ” ” Bădulescu Dimitrie

La regimentul No. 4

Medic de Regiment clasa I-a, Aristid Serfioti
” „ Batalion „ „ vacant
” ” ” „ II-a, Carol Harlu
Felceri Gheorgăe Popescu şi Ştefan Carp.

La Regimentul No. 5

Medic de Regiment clasa I-a, Calicarisu
” ” Batalion ” ” vacant
” ” ” ” II-a, Ioan Rotaru
Felceri: Ion Bota şi 1 vacant.

La Regimentul No. 6

Medic de Regiment clasa I-a, vacanţă
„ „ batalion ” „ Revescu
” ” ” ” II-a, Rosenthal Moriţ
Felceri: Ion Antilofi şi Const. Şerbănescu

Batalionul de vânători

Un loc de Medic de Bataiion şi 1 Felcer, vacante.

Regiment No. 1 de lănceri

Medic de Regiment clasa I-a, Wilhelm Chisovici
„ „ divizion ” ” G. Anastasiad
” ” ” ” II-a, Dimitrie Hristescu
” ” ” ” ” Mina Ionescu
” ” ” ” ” Apost. Ghimpeanu
Veterinar, Leon Doljinschi
Felceri, 2 locuri vacante.

Regimentul de Artilerie

Medicul de divizion clasa I-a, George Popescu
Veterinar, Enghel, cu solda pe contul Valahiei.

La tren

Veterinar de clasa I-a, vacant.

Ministru ad-interim de resbel
Colonel Semeșescu

In aceiași lună, se publică condițiunile cerute pentru a fi admis în serviciul sanitar al armatei, precum și regulamentul examenul de înaintare pentru medicii militari.

Examenul de admisie și concursul pentru înaintarea oficerilor sanitari în Armată.

Până la formarea complectă a oficerilor sanitari din școala de medicină, armata putând avea încă necesitate a recruta personalul său sanitar între civili, primirea lor dacă vor fi mai mulți candidați se va face în următorul chip. Doctorii în medicină și chirurgie pot fi primiți ca medici de regiment clasa II-a.

Magisterii în farmacie, ca farmacieri de clasa II-a.

Magisterii în veterinărie ca veterinari de clasa II-a.

Tot candidatul trebue să aibă dreptul dela consiliul medical de a exersa arta sa după legile în vigoare.

Se va prefera români sau naturalizați.

Străinii trebue să renunțe la protecția consulatului lor.

Pentru primirea doctorilor civili în armată.

Probele de admisiune au dreptul a constata:

1. Aptitudinea fizică în serviciul militar.
2. Gradul de inteligență și capacitate.
3. Gradul de instrucție dobândită.

Aptitudinea fizică.

Această condițiune este neapărată medicului militar, care este chemat a împărți ostenelile soldatului în toate situațiile de pace sau de războiu.

Inteligenţa şi Capacitatea

Medicina militară având gradele sale de erarchie, la care corespund funcţii diferite şi responsabilităţi distincte, trebue să se constate că candidaţii ce se prezint posed resursele naturale pentru viitor şi exigenţele sale de progres

Instrucţia ce are

Căutând în armată pentru serviciul ştinţei medicale, garanţia legală de doctorii în medicină sau magisterii în farmacie sau magisterii în veterinărie, nu trebue să uităm că aceste title nu sunt expresia unei valori constante şi uniforme; se va considera dar că chiar productul notelor de examen nu prezintă de cât o garanţie iluzorie, căci să suposăm, că candidatul a dobândit nota cu desăvârşire bine la câte cinci examenile şi la susţinerea tezei, tot după un timp oare care dela primire'i ca doctor sau chiar dacă a încetat pentru un spaţiu de timp lucrările sale ştinţifice, ori cât de onorabile sunt antecedentele sale nu ne poate da o idee exactă de valuarea sa actuală.

Afară de aceasta se întâmplă ca un candidat admis la doctorat, câştigă după o serie de probe mediocre, un compliment de instrucţie şi chiar o experienţă cu totu alta de aceea ce posedă la eşirea din şcoli.

Este dar de trebuinţă a se constata la aceştia valoarea dobândită şi la cei de sus valoarea ce a conservat.

Natura probelor medicale.

Pentru doctorii în medicină ce doresc să intre în oştire ca medici de regiment clasa II-a:

1. O compoziţie asupra unei chestii de clinică şi de terapeutică medicală poate da o idee de ştiinţă în medicină a candidaţilor şi de maniera gândirei şi scrisul lor; prin aceasta jurii pot aprecia maturitatea reflecţiilor spiritului de metodă şi tendinţa lor de practică.

2. O probă orală de anatomia regiunilor, cu aplicaţia la medicină şi chirurgie practică; aceasta are drept scop de a da pe faţă fondul cunoştinţelor pozitive a fie-căruĭ candidat, direcţia studiilor şi înclinaţia iuteligenţei sale.

3. O probă orală de chirurgie, urmată de aplicarea a două aparate sau bandage ceea ce permite jurilor a cunoaşte aptitudinea

specială a candidaţilor şi utilitatea concursul lor imediat la execuţia practică a serviciului.

Modul executării probelor medicale

Compoziţia scrisă, se acordă 4 ore de redacţie, fără carte sau note, sub privegherea unui membru juriu, chestia este aceaşi pentru toţi candidaţi din fie-care localitate, se hotăreşte în secret de juriu, înaintea intrări candidaţilor în seanţa de redacţie.

Proba orală de anatomia regiunelor

Se acordă 20 de minute fie-cărui candidat, după 20 de minute reflecţie. Chestiile hotărâte şi deliberate de juri sunt în număr îndoit de al candidaţilor şi puse sub anvelope într'o urnă, fie-care candidat, trage la începutul seanţei chestia sa, care este numerotată de prezident în ordinea, pe care soarta a fixat la ascultarea sa; i-se dă în cabinetul de reflecţie cu 20 de minute înaintea probei.

Proba orală de chirurgie urmată de aplicarea aparatelor

20 de minute pentru această probă mixtă în total, 12 până la 15 după voia candidatului pentru proba orală, şi 5 până la 8 pentru aplicarea aparatelor sau bandajelor. Aceaşi regulă se va păstra pentru tragerea la sorţi.

Toate probele orale şi înscrise, întrebări şi răspunsuri vor fi făcute în limba română.

Pentru Veterinari

1. O compoziţie scrisă asupra unei chestii de boale acute.
2. Probă orală asupra unei chestii de . . . .
3. Examenul mai multor cai sau altor vite bolnave, cu tratamentul lor.

Natura şi modul probelor de farmacie

1. Răspuns înscris la o chestie de istoria naturală a medicamentelor şi a materiei medicale.
2. Proba orală asupra unei chestii de clinică.
3. Proba orală asupra unei chestii de farmacie, urmată de execuţia unei preparaţii oficinale.

Toate desvoltările arătate mai sus, pentru probele medicinei, sunt aplicabile probelor pentru veterinari.

Aprecierea rezultatului probelor

Scara de apreciare este coprinsă între 0 şi 20. Cifra de admisie în fie-care probă este 11.

Această scară se va înmulţi cu coeficienţii următori:

Compoziţia 10
1. Probă orală 6
2. „ şi bandaje sau prepar. oficinală, împreună 7
Cifra de admisie în totalul probelor este 253

După cea din urmă probă, jurii procedează în seanţă particulară, la clasificaţia candidaţilor, după ordinea meritului.

1. Nimeni nu va putea fi înaintat la un grad superior, de cât după ce a servit doi ani în gradul imediat inferior.

2. Concursurile se vor ţine odată pe an, la un timp fixat de Ministerul de Răsboiu.

El va fi anunţat cu trei luni înainte.

3. Juriul de concurs se va compune din trei membrii, pentru medici de batalion şi din cinci membri, pentru medici de regiment; ei vor fi dintre profesorii şcoalei de medicină.

Prezidentul va fi designat de Ministerul de Răsboiu.

4. Chestiile de rezolvat, ce au să trateze şi operaţiile ce vor practica sau ezecuta, vor fi trase la sorţi, conform programului pentru aceasta.

5. Comisia va constata aptitudinea sau stângăcia fie-cărui concurent, ce doreşte să ocupe gradul pentru care se face concurs. Ea va regula rândul acelora ce a judecat destoinici după meritul concursurilor.

Hotărârile sale se vor socoti după majoritatea voturilor, cu scrutin recret, după deliberaţie şi discuţie.

6. Precesul Verbal al operaţiilor comisiilor de concurs, vor fi înscrise într'un regiştru deschis într'adins pentru acest sfârşit şi care va rămânea depus în archivele Ministerului de Răsboiu.

7. După fie-care concurs se va libera de comisie, la cei ce au izbutit, un buletin, ce va indica data şi rezultatul, ori că a dobândit No. clasificaţiunei şi nota după regulamentul întocmit.

Programa probelor

A. Pentru gradul de medic de batalion clasa I-a

1. Fie-care candidat trebue să prezinte o piesă anatomică preparată de dânsul, în cea dintâi probă, care se ţine în amfiteatru de disecţie.

Candidatul dă o piesă proaspătă şi apoi presintă piesa, descriind şi explicând diferitele detaliuri. 20 minute se acordă pentru această descripţie.

Fie-care din profesori adresează chestii de anatomie regimilor cu apreciare de medicină şi chirurgie practică.

Două operaţii pe cadavre cu descripţia diferitelor metoade operatorii.

Piesa de concurs rămâne depusă în muzeul şcoalei de medicină.

2. O compoziţie scrisă, asupra diferitelor boale şi infirmităţi, ce scutesc de serviciul militar.

Simulaţia şi disimulaţia acestor boale de recruţi.

Patru ore se acordă pentru această redacţie.

3. Prezentarea a 20 observaţii cel puţin asupra boalelor, luate în serviciurile militare şi asupra unui şi acelaşi suject, luându-se în consideraţie teoria şi practica trasă din aceste observaţii.

Tratamentul a trei bolnavi din spital.

Redacţia observaţiilor acestor boale, având o oră acordată pentru examinarea bolnavilor; candidaţii procedează la redacţia observaţiilor, pentru care au două ore.

Observaţiile sunt citie a doua zi la patul bolnavilor şi apoi discutate în prezenţa jurilor.

Pentru fie-care examinator interior, candidaţii iau 15 minute asupra chestiilor practice de medicină şi chirurgie militară.

B. Pentru gradul de medic de Regiment clasa II-a

Tratamentul a 6 bolnavi, luaţi dintre cei cu friguri, răniţi, oftalmici; redacţia istoricului boalelor şi deslușirile necroscopice dacă sunt. Discuţie prin grai sau înscris, asupra chestiilor ce s'ar ivi asupra morbei.

Practicarea a trei operaţii chirurgicale, pe un cadavru sau un bolnav, după ce a expus motivele ce cer acea operaţie şi după ce a descris osebitele metoade şi procedeuri, motivând preferinţa, ce dă modului ce a adoptat.

Aplicaţia cel puţin a două aparate şi aprecierea prin grai de meritul respectiv al modului de deligaţie adoptat.

Vizita a doi oameni, cel puţin, ca să se asigure dacă sunt buni de serviciu, şi în caz de afirmaţie, pentru ce armă se cuvine mai special.

Vizita a doi militari, cel puţin, ce au infirmităţi sau boale cronice, constatând cauzele afecţiunilor lor, simptomele distinctive, şansele probabile de tămăduire complectă sau incomplectă, redacţie dacă are loc, certificate desluşite ce ar cere liberarea lor din serviciu.

C. Pentru gradul de medic de Regiment clasa I-a

Afară de programul citat mai sus au încă:

Soluţie înscris din două chestii de igienă militară aplicată special la stabilimente precum: Cazarme, aşezarea în spitale, tabere etc. Aprecierea calităţei productelor în trebuinţa soldaţilor şi analisul lor chimic.

D. Pentru gradul de Farmacieri clasa II-a

Două preparaţii, unul chimic, cel-lalt fermaceutic; imposiţie prin graiu sau scris de fenomenele de care sunt însoţite.

Două analise calificative; soluţie înscris sau prin graiu, cel puţin a trei chestii relative serviciului de comptabilitatea farmaceutică.

E. Pentru gradul de Farmacieri clasa I-a

Două preparaţii chimice şi expoziţia înscris sau prin graiu a fenomenelor ce o însoţeşte.

Două analise cuantitative.

F. Pentru gradul de Veterinar clasa II-a

Tratamentul a doi cai coprinşi de boale externe; redacţia istoricului boalelor necrosopice, dacă are loc; preparaţia formulelor prescrise de tratament.

Practica a două operaţii chirurgicale, după ce a explicat justificând motivele de preferenţa dată modului adoptat.

Soluţia înscris a două chestii cel puţin asupra materiilor următoare: potcovitul în general, igiena calului de front în diferitele poziţii în care se poate afla atât în timpul de pace cât şi de războiu; cauzele reformărei, comptabilitatea farmacistică, conservarea medicamentelor, apreciarea calităţilor, productelor coloniale alimentare, expertiza animalelor şi a cărnei din măcelării, discuţia prin graiu asupra celui mai bun mod de conservare a aprovizionamentelor.

G. Pentru gradul de Veterinar clasa I-a

1. Tratamentul a patru cai cu boale interne şi externe.

Discuţia prin scris sau prin graiu asupra originei, cauzelor, fenomenelor şi tratamentelor acestor boli.

Practica a trei mari operații chirurgicale, după aprofundare developată, dată prin graiu asupra tutulor chestiilor teoretice și practice, ce se ating de aceasta.

Lecție orală de o oră asupra unuia din ramurile programului cursurilor *hippiatrice.*

2. In ziua fixată pentru examen, prezidentul după ce a deschis seanța, va depune într'o urnă, atâtea numere câți candidați sunt, ast-fel ca soarta să decidă de clasificarea rândului după care au să fie examinați.

3. Nu se poate examina mai mult de trei candidați într'o seanță.

4. Bolnavi ce vor sluji de sujet examinării vor fi aleși de comisie. Ei vor purta numere de rând, care vor fi împărțite în atâtea urne câte categorii de boale diferite vor fi. Aceste numere se vor trage la sorț de candidați. Fie-care candidat va proceda la tratamentul bolnavilor, ce i-a căzut la sorț sub privigherea unui membru al comisii.

Dacă acesta ar judeca tratamentul nerațional sau făcător de rău, va face observație candidatului și această circonstanță se va menționa în istoricul boalei. Dacă candidatul va insista în metoda sa, comisia se va reuni pe dată și va decide.

Operațiile chirurgicale, aplicarea bandajelor și aparatelor vor fi asemenea date prin sorț.

Oameni ce sunt de vizitat asupra destoiniciei sau nedestoiniciei în serviciu, se vor alege de comisie.

Dacă numărul este de ajuns se vor împărți pe candidați cu sorți, în cazul contrariu, acelaș om se poate judeca de mai mulți candidați.

Chestiile de rezolvat prin scris după deosebite categorii de cadidați, vor fi depuse în urnă în număr întreit, ast-fel ca fie-care urnă să coprinză trei chestii asupra uneia și aceiași materie.

O singură chestie se va trage din fie-care urnă de un candidat; ea va fi aceiaș pentru toți.

Secțiunea hippiatrică ce va face veterinarii va fi asemenea trasă la sorț. Operația se va reînoi pentru fie-care din candidați, care trebue să facă lecția fie-care asupra unei naturi diferite, vor avea o oră pentru redacție.

Se recomandă aceasta la serioasa atențiune a d-lor medici aflați în armată fiind bine pătrunși ca înaintările d-lor urmez a se face după dovezile ce vor da la examenele explicate în acest ordin circular.

La 14 Mai cu Inalt ordin No. 120, se acordă d-rului **Suhamel**, medic de regiment clasa II-a, un congediu de 2 luni pentru a merge de a se curarisi la apele minerale peste frontieră, iar la 22 Mai cu Inalt ordin de zi No. 152, după recomandaţia Inspectorului General se încuviinţează medicului de Batalion **Fallon**, a purta ochelari, din cauza slăbiciunii ochilor.

Ordin de zi No. 159, se însumează medicul de batalion clasa II-a **Bruteanu Ion** la regimentul No. 1 de lănceri.

Prin Inalt ordin de zi No. 129 din 29 Mai 1861 se primesc în oaste medicul de regiment clasa II-a **Marin** la spitalul din Iaşi şi medicul de batalion clasa I-a **Lebiez** la regimentul No. 4, iar prin ordinul de zi pe toată oastea No. 168 din 10 Iunie, d-nu **Mihail Sachelarie** subchirurg este însumat la regimentul No. 2,

Elevul în medicină Constantinescu Gheorghe se numeşte la 14 Iunie de asemenea subchirurg în regimentul No. 3, pe aceiaşi zi, 1 Iunie, cu ordinul de zi No. 71.

Dăm mai jos în întregime o importantă circulară asupra tratamentului bolnavilor în infirmerii, publicată în acelaşi timp.

Circulară atingătoare de infirmerii şi ambulanţe

Sunt circumstanţe extraordinare în care sau din depărtarea spitalului sau din mărirea numărului bolnavilor este de neapărat a se întocmi infirmerii.

Până când însă construcţiile vor permite a instala desăvârşit aceste infirmerii, s'ar da un local în etajul superior (unde se află) compus din odăile cele mai sănătoase s'ar pune în dispoziţia medicului în fie-care cazarmă şi pe cât se poate în fie-care comandă.

Acest local s'ar numi infirmerie regimentară.

Numărul paturilor ar fi după suma oamenilor în corp, calculându-se un pat pentru un număr de 50 soldaţi.

Infirmeria se compune din odăile morbaşilor, o mică sală separată pentru râioşi cu băi şi o sală deosebită de convalesçenţă socotită de un pat asupra unui No. de 100 soldaţi.

Când corpul este separat, fie-care medic de batalion îşi va organiza o mică infirmerie pentru morbaşii săi.

O sală coprinzând 30 paturi este destul pentru un regiment; este neapărat ca alături să fie o mică odăiţă separată; (dacă nu există despărţire se poate face despărţire provizorie cu scânduri chiar între partea sălei) conţiind o mică sobiţă spre a se încălzi pe dânsa alimentele şi alte preparate farmaceutice, medicamentele, instrumentele şi obiectele de pansamente necesare la serviciul morbaşilor.

Mobilierul şi obiectele neapărate în infirmerii sunt: paturi mici de fier speciale infirmeriilor, în lipsa acestora paturi de tabără, o masă, o bancă, case de doctorii şi dacă nu este odae separată, două dulapuri pentru conservarea obiectelor.

Un mic aparat de pansamente cu lighenele lui.

Băi de picioare, de şezut şi begniare.

Muniţia necesară este: saltele de pae, cearşafuri, plăpămi şi halaturi de vară. La vatră se va adăoga o mică maşină de cuine de modelul cel mai mic spre a se încălzi pe dânsa, cataplazmele, tisamble etc.

Medicamentele se vor libera de către farmacia militară. O farmacie specială se va pune la dispoziţia medicului fie-cărui regiment, iar dacă farmacia militară este prea departe în caz de neapărată necesitate, medicul de regiment va alege spre acest sfârşit farmacia civilă cea mai aproape.

Medicamentele se liberez pe un bon (ţidulă) al medicului.

La fie-care sfârşit de lună, farmacistul stabileşte un cont, care se controlează şi se certifică ca adevărat de către medic. Plata acestor conturi se face în fie-care trimestru.
îndeplinind serviciul la spitalul Brăila şi Hipites Tomas la regimentul No. 2 de lăncieri, îndeplinind serviciul la spitalul din capitală; ambii numiţi de la 1 Iunie.

Pentru justificarea cheltuielei de medicamente, rufe trecute în pansamente şi alte asemenea obiecte de tratament, medicul în fie-care trimestru trimete starea nominativă a morbaşilor căutaţi şi indicaţia zilelor de căutare.

Acest raport se va face după modelul aci alăturat; cunoscându-se suma totală a cheltuelilor, este lesne a avea preţul de mijloc al zilei morbaşilor.

Din această organizare rezultă că un mare număr de morbaşi ce se trimet fără trebuinţă în spital, vor putea fi îngrijiţi în cazarme, unde vor fi mai bine observaţi, durata căutărei mai mică, spitalele uşurate şi va rezulta încă o economie notabilă în budgetul spitalelor, căci morbaşii infirmeriilor sunt nutriţi din ordinarul companiilor, cu oare care modificaţii de calitate şi cantitate. In nomenclatura morbelor anexată se indică lămurit acelea ce se pot trata în infirmerii, adică toate morbele interne cât de puţin grave sau cronice sunt cu desăvârşire oprite, aceste urmând a fi tratate în spital.

Convalescenţa de morbe grave ce au necesitatea de repaus şi de un regim mai îndulcitor înainte de a reîncepe serviciul vor fi asemenea admişi în infirmerii.

Este recunoscut şi constatat de mult, că recăderile acestei clase de morbe sunt cauzele cele frecuente de mortalitate în spital şi că cu oare-care precauţiune se pot preveni.

Această instituţie este dar de odată un act de bună administrare şi de umanitate.

In adevăr când aceste infirmerii vor fi instituite conform cu acele prescrise se vor apropia mijloacele imediate curative şi negreşit mai eficace atunci prin mijloacele de transport în spitale prin crearea îngrijirilor în interiorul fie-cărei comenzi dând oficerilor sanitari din corpuri atribuţii mai medicale şi care îi va pune în stare de-a dobândi o experienţă şi o practică ce nu pot găsi aşa de întinsă în serviciu reviziei cazarmelor după cum se indică în serviciul de garnizoană.

Spitalele dar nu vor mai avea morbaşi de o scrântitură uşure şi o branchiţă puţin greu la care e deajuns un pansament simplu sau câte-va zile de repaus, o anghină uşure pentru care soldaţii nu se trimit la început în spital vor găsi în infirmerie un azil mai comod de cât camera comună unde nu se poate trata fără pericol morba cea mai mică.

Medicii din corpuri vor avea în toate zilele sub ochi, morbaşii de care au bănueli de neîncredere şi care înşel neîncetat pe medicii spitalelor mai cu osebire prin schimbarea din serviciu în serviciu, ce ocazionează tot într'o vreme cheltueli mari şi nefolositoare.

In sfârşit oamenii restabiliţi prin îngrijirile dobândite în spital după tratamente energice, slăbiţi de morbă, osteniţi de şederea în spital, sunt dornici de a se regăsi în cazarme între tovarăşii, dar nu aer mai curat, repauz şi o hrană mai substanţială.

Toţi acei ce dăinuesc între sănătate şi morbă găsesc un intermediar folositor între cazarmă şi spital.

Vizitele în corpuri se va face în fie-care zi de către medicul acelui regiment conform întru toate celor dictate în circulara inserătă în Monitorul Oastei No. 14 atingătoare de revizia corpurilor.

In fie-care trimestru medicii de corpuri vor prezenta un raport de starea infirmeriei după modelul aci alăturat.

Prescripţia medicamentelor se va face pe caetele şi foile vizită, ce va ţine fie-care medic de corpuri, iar regimul alimentar se va urma pe foile de dietă conform regulamentului special cu care se vor conforma pe cât se poate şi instrucţiilor stabilite pentru aceasta prin reglementul serviciului interior al spitalelor militare.

NOMENCLATURĂ

de morbele, care se pot trata în infirmeria regimentară şi ambulanţe

1. Eritem.
2. Erisipel simplu, fără cauză externă şi febră.
3. Erupţiuni anormale, forme adevărate.
4. Toate inflamaţiunile superficiale ale pielei fără febră.
5. Scabie uşoară.
6. Dartră recentă.
7. Flegmoane circonscrise, fără febră.
8. Abcese superficiale.
9. Furnucule „
10. Congelaţii „
11. Singinte sistomatite.
12. Angină simplă şi fără febră.
13. Afte şi ulceraţii ale mucoasei bucale fără febră.
14. Polapse accidentale sau obicinuite ale omuşorului (noula).
15. Oftalmi simple.
16. Odontalzii, cauzate sau prin carii de dinţi.
17. Otite simple idiopatice.
18. Fluxiuni ale obrazului.
19. Amigdalite fără febră.
20. Diaree simplă, cu durată mai mică de 6 zile.
21. Emoroide recente simple.
22. Bronchite fără febră.
23. Ganglioni simplii, cari nu reclamă de cât tratament local.
24. Otite sau otorhee fără febră.
25. Balamte.
26. Uretrite cronice (picătură militară).
27. Uretrite acute, fără complicaţii.

28. Lumbago fără febră.

39. Răni simple şi superficiale produse prin instrumente tăetoare sau boante, fără leziuni venoase sau organe importante.

30. Contusiuni uşoare.

In „Monitorul Oastei“ No. 34, printr'o instrucţiune neoficială, ministerul caută să reguleze chestiunea iluminatului şi încălzitului. Pentru fiertul bucatelor se dau câte o oca de lemne de om pe zi, pentru încălzitul odăilor câte 30 de oca de sobă pe zi.

Prin ordinul No. 184, din 5 Iunie, medicul de batalion clasa I-a, Lebiez, trece în regimentul No. 5, în locul lui, la regimentul No. 4, este însumat medicul de batalion clasa I-a, Popescu Constantin, din regimentul No. 2 de lănceri.

Cu Inaltul ordin de zi No. 171, din 6 Iulie, medici de batalion clasa II-a, Ciocârdia Dumitru şi Frumuşanu Ion, sunt înaintaţi la gradul de medici de batalion clasa I-a, cel dintâi la batalionul de vânători, cel de al doilea în regimentul No. 7.

Ordinul de zi No. 186, din 7 Iulie, hotărăşte ca subchirurgul Constantinescu Gheorghe, din regimentul No. 3, trecând la un spital civil şi primind leafa de acolo, va conta pe oştire fără leafă; în locu-i se va însuma elevul farmacist Constantinescu Vasile.

La 12 Iulie, *prin ordinul de zi pe toată oastea No. 201*, din 19 Iulie, ministerul admonestează corpurile, pentru neînfiinţarea şcoalelor de carte, pentru care s'au trimis fie-cărei companii, baterie sau escadron, câte 100 de exemplare din cartea şcoalelor de I-ul grad, considerând că răspândirea instrucţiunei în oaste, este mijlocul cel mai puternic spre a regenere oastea.

Prin ordinul No. 204, se atrage atenţiunea asupra concediilor ofiţerilor; se ordonă ca şefii de corpuri să nu dea concedii mai mari de 8 zile şi în tot-deauna cu un bilet de voe, care trebue să fie vizat de Comănduirea locului, unde a petrecut ofiţerul timpul concediului.

In privinţa contabilităţei spitalelor şi infirmeriilor, se stabileşte ca de la 1 Ianuarie trecut.

1. Oamenii intraţi în căutarea spitalelor Bucureşti şi Iaşi, şi în spitale civile să fie scăzuţi de hrană şi soldă.

2. Cei din infirmerii sau spitale regimentare, să nu se scadă nici la soldă, nici la hrană.

Prin Inalt ordin de zi No. 202, din 22 Iulie, subchirurgul **Ghiţulescu Costache**, se înaintează medic de batalion clasa II-a în regimentul 2 de lănceri.

Cu ordinul de zi No. 221, din 28 Iulie 1861, subchirurgul Mihail Sachelarie, trecând în serviciul civil, va conta în oştire fără leafă, însumându-se în locu-i, la regimentul No. 2 de linie, subchirurgul Bădulescu Costache, în locul sub-chirurgului Haralambie Grandea din al II-lea de lănceri, trecut în serviciul civil, se trece d-l Edgard Remboff.

Ordinul de zi No. 225, din 1 August 1861, trece pe medicul de batalion clasa II-a, din I-ul regiment de lănceri, în batalionul I-iu de geniu,

Cu Inalt ordin de zi No. 214, d-l **Ienicec**, veterinarul regimentului de jandarmi, trece la regimentul de artilerie, pe conta Moldaviei, în locu-i este primit în oaste, d-l **Ioan Cuparencu**.

Ordinul de zi No. 237, din 8 August, mută între dânşii, pe medicii de batalion clasa II-a, **Marin Butărescu**, din regimentul No. 3 şi **Gheorghe Iconomu**, din administraţia centrală a spitalului Bucureşti.

Următorul ordin circular se ocupă cu deamănuntul de foile de observaţiuni clinice. Cele cuprinse într'ânsul fiind foarte importante şi astăzi îl dăm in intregime mai jos:

Ordin circular No. 10, către d-nii medici şefi de spitale şi diviziuni:

Văd cu părere de rău, că foile de clinică, ce v'am trimes prin circulară, la 11 Martie, nu se întrebuinţează cu folos, cum ar putea şi cum trebue să fie, asemenea şi cu tabletele de la cap în spitale, la care coloana observaţiilor rămâne mai adesea goală.

Am putut încă constata la deosebite inspecţii, că d-nii şefi de serviciu, nu le apreciez importanţa şi că în spiritul medicilor, grade inferioare, există relativ la întrebuinţarea lor, oare-care nedumerire, care împedică d'a culege tot binele, ce sunt în drept a aştepta în interesul morboşilor şi pentru instrucţia elevilor medici.

Zisesem că toate morbele, ce ar prezenta oare-care interes pentru ştiinţă, să fie culese în scris, cu cele mai minuţioase detaliuri şi confrm obiceiurilor de clinică, bunii noştrii elevi şi medici, de grade inferioare, vor fi siliţi cu acest chip, a urma cu seriositate studiile lor, conform înaltei ordonanţe No. 129, de la 1859 şi a culege în cei 3 ani de practică în spitale, instrucţia, care le poate da singură dreptul la înnaintare.

Junii noştri medici, zic dar, se neglijez prea mult şi petrecând în poziţia actuală, uită că înaintaintarea, pe viitor, nu se va da de cât aceluia ce va concura, conform ordinului circular, inserat în „Monitorul Oastei“ No. 26. Am observat, de altă parte, că d-nii şefi de serviciu, nu au destulă severitate către subalternii lor; ca în loc de a cere cu rigurositate, serviciul de gardă, prescris de regulament art. No. 59, § V şi circularele inserate în Monitorul No. 14, le permit a eşi sau a face gardă, fără a fi în uniforme de rigoare, faptă, care atrage uitarea datoriilor şi lâncezirea disciplinei.

Ca să evităm pe viitor inconvenientele numeroase, ce rezultă din neexecutarea ordinelor date, vă invit să ordonaţi ca medicii de gardă şi medicii secundari, fie-care în ceia ce-i concernă, după ce a împlinit foarte vizibil (caligrafic şi cu litere mari), deasupra foaei de intrare vor înscri pe foile de clinică, comemorativul morbei, principalele simptome, starea actuală, va stabili diagnosticul şi va face menţiune de medicamentele administrate, afară sau în momentul intrărei în spital.

La vizita de a doua zi, aceste observaţii se vor citi tare şi după verificare, diagnosticul se va scri cu litere mari, punând la coloana de observaţii simptomele predominante, ca delir, constatare de albumină, accese de epilepsie, propunere de concediu, sau de reformă, etc.

In urmă medicii secundari şi elevii însărcinaţi cu redacţia, trebue să scrie, zi cu zi, fenomenele observate, cum şi mijloacele terapeutice, până la încetarea a ori-ce tratament.

Acelaşi drum se va urma şi pentru morbele venerice sau chirurgicale.

Cel puţin odată pe săptamână, medicii vor aduna tot personalul lor din garnizoană, spre a ţine o conferinţă specială, ştiinţifică, asupra redacţiei foilor de clinică, ce se vor ceţi în şedinţă şi discutând cauzele de boale serioase şi constatând prin aceasta zelul şi aptitudinea fie-căruia. La sfârşit de lună, fie-care şef de spital, va trimite biuroului central, o relaţie de aceste conferinţe, se vor da note elevilor, după scara de apreciare coprinsă între 1 — 10; foile de clinică vor fi contra-semnate de către şeful spitalului.

Prin monitorul No. 46, regulamentându-se pedepsele ofiţerilor şi gradelor inferioare se stabileşte, că medicul de regiment nu poate fi pedepsit de cât de colonel şi locotenent colonel, medici de batalioane numai de ofiţeri superiori şi de medicul de regiment. Printre pedepsele disciplinare ale soldaţilor şi caporalilor figurează şi bătaia, care poate fi ordonată numai de ofiţeri de la căpitan în sus.

In instrucţiile relative la datoriile ofiţerilor, publicate în numărul următor, ofiţerii sanitari sunt supuşi la aceleaşi îndatoriri ca şi ceil'alţi ofiţeri, notaţi în memoriu, facerea unei popriri până la $^3/_4$ din soldă pentru alimente, până la $^1/_3$ din soldă pentru alte datorii.

Inalt ordin de zi No. 230, din 10 August, decide înaintarea medicilor de regiment clasa 2-a, Otremba şi Silberţvaig la gradul de medic de regiment clasa I, primul la spitalul Iaşi, celalt la regimentul No. 6, şi trecerea medicului, de regimentul clasa I-a Severin, din regimentul No. 2 de lănceri, în regimentul No. 5 de linie, fiind înlocuit în regimentul de lănceri de către medicul de regiment clasa II-a Caligari.

Inalt de ordin 231, aceiaşi zi, se înaintează la gradul de medic de batalionul clasa II-a subchirurgul Drăghicescu Dumitru, fără leafă.

Prin ordinul de zi No. 246, din 11 August, se dă dreptul de a'şi alege cai din regimentele de cavalerie şi artilerie, plătind preţul remontului, ofiţerilor superiori de orice armă, inspectorului serviciului sanitar şi tuturor medicilor, cari prin poziţia lor trebuesc să fie călări.

Ordin de zi pe toată oastea No. 261, medicul de batalion clasa 2-a Anastasiade Andrei şi farmacistul clasa 3-a, Bădulescu Dumitru se mută în regimentul No. 7; la spitalul Iaşi trece farmacistul clasa 3-a, Grigorescu Pandele. Prin acelaşi, medicii de regimentul clasa 2-a Gh. Popescu şi Ion Burlan se mută la spitalul Iaşi în locul medicilor Otremba şi Silberţvaig, la 1 August.

Ordin de zi No. 268, din 25 August, elevii din şcoala de medicină, Căplescu Alecu, Dumitru Iosif, Drăgulănescu Gh., Călugăreanu Gh., Petrovici Ştefan, Roman Ion şi Manolescu Constantin, se înalţă la gradul de subchirurgi clasa I-a, pe 1 Septembre.

In acelaşi număr, următorul *ordin circular.*

Către domnii medici şefi de spitale.

Văzând desele concediuri ce se acordă personalului sanitar spre a veni în capitală sau alte locuri, fără trebuinţă bine constatată, ci numai din complezenţa d-lor şefi respectivi; subscrisul având în vedere că serviciul suferă din aceste lipsiri nemotivate, prin aceasta face în deobşte cunoscut domnilor medici şefi de spitale, că nici un concediu pe viitor nu va dobândi aprobare subscrisului.

Inspector General **Davila.**

Cu Inalt ordin de zi No. 250, 5 Septembrie, se decretează primirea în oaste a d-lui Vignali ca medic de regiment clasa II-a la spitalul Iaşi în locul medicului Dafrino Marini, care rămâne pe oştire fără leafă, îndeplinind slujba la spitale civile.

Inalt ordin de zi No. 273, decretează înălţarea medicilor de batalion clasa II-a Dimitrie Niculaidi şi Manţi la gradul de medic de batalionul clasa I-a şi a subchirurgului Toma Hepites la gradul de medic de batalion clasa II-a, precum şi primirea d-lui Castner ca subchirurg clasa I-a.

Inaltul ordin de zi No. 275, din 5 Septembrie, decretează primirea în oaste a medicului de regiment clasa II-a Salis, la regimentul de jandarmi.

Ordinul de zi 288, 4 Septembrie se ordonă mutarea, medicului de regiment clasa II-a Suhamel din regimentul No. 2 de linie în regimentul de lănceri No. 2, în locul medicului de regiment clasa II-a Caligari, care trece la regimentul de linie No. 2, dar făcând serviciul tot la spitalul Craiova.

Cu ordinul de zi No. 286, din 1 Septembre, se ordonă aşezarea snbchirurgilor în modul următor:

La regimentul No. 7, Drăgulănescu Gh., în locul lui Ghimpeanu Apostol, trecut în serviciul civil.

La regim. No. 7, subchirurgul Călugăreanu Gheorghe.

" " " 2, " Roman Zacu şi Manolescu Costică.

La regimentul No. 3, subchirurgul Petrovici Ştefan.

La şcoala de medicină, subchirurgul Caplescu Alecu şi Dumitrescu Iosif, ambii fără leafă având funcţii civile la spitalul Filantropia.

Cu Inalt ordin de zi No. 280, din 10 Septembre, se decretează reprimirea în oaste a veterinarului Marcu Rechişanu însumându-se la comanda trenului.

Ordinul de zi pe tot cordonul Dunării No. 51, din 18 Septembre, conţine dispoziţii privitoare la poliţia veterinară, dispunând crearea de puncte de observaţie pentru vitele importate din Turcia, cari vor fi ţinute în carantină câte 21 de zile şi dacă în acest timp nu se va ivi nici un caz de boală molipsitoare să fie libere.

Ordinul de zi pe toată oastea No. 322, din 25 Septembre, publică mutarea medicilor de batalion clasa I-a, Dumitru Nicolaidi în regimentul No. 2 de lănceri şi Manfi în regimentul de artilerie; medicul de batalion clasa II-a Toma Epites se mută în regimentul No. 7, în locu-i la administraţia spitalelor trece d-nul Castner.

Ordinul de-zi pe tot cordonul ţării No. 54, ordonă închiderea graniţelor pentru turmele de oi, iar turmele ce au apucat a trece să nu fie lăsate pe lângă sate iar oile moarte pe drum să fie îngropate adânc cu piele cu tot.

Prin ordinul de zi pe toată oastea No. 330, din 3 Octombre, se determină socoteala zilelor de intrare şi eşire din spital şi anume în ziua de intrare omul are solda şi hrana de la corp, în ziua eşirei de la spital.

Inaltul ordin de zi No. 296, din 30 Septembre, stabileşte că ori-ce ofiţer are dreptul la 30 zile concediu pe an; ori-ce prelungire de concediu până la 40 zile dă loc la oprirea unei jumătăţi din soldă; peste 40 zile se reţine solda întreagă.

Prin Inalt ordin de zi No. 297, din 30 Septembrie 1861 se îndreaptă situaţiunea gradelor inferioare, plecate în concediuri. Până la această dată nu aveau drept la soldă şi hrană pe tot timpul lipsei lor. Se ordonă cu începere de la 1 Octombrie ca în tot timpul absenţei să li se dea jumătate din drepturile la soldă şi la hrană, Militarilor, cari vor întârzia peste termenul concediului, li se va lua acest drept.

Prin ordinul de zi No. 340, din 13 Octombrie se hotărește darea iuluminatului odăilor și pichetelor în antreprisă, pe cât este posibil unui sub-oficer în retragere.

Inaltul ordin de zi No. 307, din 17 Octombrie decretează primirea în oaste cu gradul de medic de batalion clasa II-a a d-lui Othon Grun, în regimentul No. 2 de lănceri.

Prin Inaltul ordin de zi No. 321, din 19 Octombrie se acordă voie șefului statului domnesc de a purta ochelari colorați.

Ordin de zi pe oaste No. 353, din 27 Octombrie, sub-chirurgul Leiser Veis de la spitalul din Iași se liberează din serviciu.

Medicul de clasa II George Anastasiadi este șters din controale *cu înaltul ordin de zi No. 326,* din 31 Octombrie pentru căsătorie fără îndeplinirea formalităților cerute de regulile slujbei.

De asemenea *cu ordinul de zi pe toată oastea No. 361,* din 3 Noembrie, sub-chirurgul Mina Ionescu și medicul de regiment clasa II Cantili sunt dați judecății, cel dintâi pentru căsătorie fără voe, al doilea pentru că i-a dat voie și a servit chiar ca naș. Primul fiind cam de jos și având învoirea șefului său este achitat, iar medicul este pedepsit cu arest de cinci-spre-zece zile la corpul de gardă.

Cu ordinul de zi No. 387, din 23 Noembrie se fac mustrări companiei a 16 a districtului Cahul, pentru trimiterea târzie și neregulată a soldaților la spital.

Prin ordinul de zi No. 390, din 28 Noembrie, sergentul Nicolae Ivanovici din Regimentul No. 4 se înalță la gradul de sub-chirurg clasa II în acelaș regiment.

In acelaşi număr se publică tablourile serviciului sanitar uman și veterinar.

Tablou No. 1 de împărțirea serviciului jurnalier al veterinarilor în corpuri

Veterinar Prochești la Regimentul No. 2 de lănceri
„ Enicec la Regimentul de Artilerie
„ Enghel și
„ ajutor Canavalei
Sergent-major Alexandru } Batalionul de Pompieri și comanda trenului

Tablou No. 2 de împărțirea serviciului jurnalier al d-lor Medici în corp

Medic de Regiment	clasa II	Suchamel	Reg. No. 2 de linie Batal. de Pompieri Comanda Arsenalului Comanda Trenului
„ „ „	clasa I-a	dr. Severin	Reg. No. 5 de linie
„ „ „	clasa II-a	dr. Burlan	
„ „ „	clasa II-a	dr. Vignalis	Regiment de Artilerie
„ „ Batalion	clasa II-a	A. Vlădescu	Batalion de Geniu
„ „ „	clasa II-a	D. Ciocârdia	Batalion I Vânători
„ „ Regiment	clasa II-a	I. Brustu	Reg. No. 2 lănceri
„ „ Batalion	clasa I-a	I. Eichbaum	

Cu Inaltul ordin de zi No. 361, din 30 Noembrie, medicul de batalion clasa I-a, Anastasiadi Gheorghe, este grațiat și înalțat iarăși la funcția ce a ocupat.

In No. 68 al „Monitorului Oastei“, este publicată lista de elevii români din Moldova, încorporați în școala națională de medicină:

Abasa George, Antoniu Ion, Bălăceanu Gh., Calcăntranu Vasile, Cantemir Dim., Chernbach Nic., Corivan George, Corvin Ștefan, Gafenco Nicolae, Gheleme Nicolae, Gheorghiu Vasile, Guter Nicolau, Hasnaș Ștefan, Isăcescu Alecu, Lubensky Vlad, Luchi Const., Malcinovsky Pavel, Malcoci Nic., Mihalovici Anastasie, Nedelcu Mihail, Peridi Alecu, Petrașcu Const., Rovocalat Grigorie, Stoian Dumitru, Teodor Nicolau, Triandafil Vasiliu, Vergoti Dimitrie, Vițu Dumitru.

In tot cursul anului, pedepsele corporale prin sentință judecătorească, se aplică soldaților, mai ales pentru dezertare, în afară de închisoare.

Incepând cu No. 64 din 24 Noembrie, și conținând în fie-care număr până la sfârșitul anului, se publică instrucțiunile pentru recrutare, pe cari le dăm mai jos în copie.

(Va urma)

Medic Colonel Dr. MIHAIL CĂLINESCU

DARE DE SEAMĂ

DE
MIŞCAREA BOLNAVILOR DIN SPIT. MILITAR „REGINA ELISABETA“ IN CURSUL LUNEI AUGUST 1909

In decursul acestei luni s'au dat îngrijiri medicale la 979 bolnavi cu 457 vindecaţi, 10 amelioraţi, 30 statu-quo, 95 evacuaţi 85, concediaţi, 23 reformaţi, 11 morţi şi 266 rămaşi.—Bolnavii au fost repartizaţi pe servicii după cum urmează:

In **Serviciul Medical** s'a dat îngrijiri medicale la 316 bolnavi; *(a Febra tifoidă* cu 32 cazuri e în creştere faţă de luna precedentă; Mare parte din cazuri cu mers benign.

b) Febra palustră cu 56 cazuri terţe, 7 continue, 1 caz de pernicioasă, 3 cazuri de cachexie palustră. Bolnavul cu febră pernicioasă, contaminat în tabăra Mihai Bravu, ne ameliorându-se cu chinina dată pe cale bucală, a fost supus le injecţii cu clorhidrat bazic de chinină. (formula lui Laveran); Efect imediat, după prima injecţiune.

c) Tuberculoza pulmenară, s'a prezentat cu 5 cazuri, toate incipiente.

d) 49 cazuri de *anemie*, majoritatea în urma febrei palustre au fost tratate cu arsenic sub diferite forme.

e) Interesant *un caz de epilepsie jacsoniană*, în urma căderii în cap după cal. Atacurile, precedate de o aură prelungită, (ameţeală, dureri de cap, nelinişte) sunt întovărăşite de perderea cunoştinţei şi sensibilităţei, convulsiuni în membru inferior şi superior drept, în muschii anteriori ai gâtului şi ai cefei.

Examenul citologic al licidului cefalo-rachidian arată lipsă complectă de reacţie lencocitară.—Reacţiunea Wassermann făcut cu serul şi lichidul cefalo-rachidian al bolnavului a fost negativă.

f) Două cazuri mortale, unul cu aristolie şi altul cu piopneumotorax.

In **Divizia Mixtă** s'au tratat în cursul lunei acesteia 123 bolnavi din cari au eşit vindecaţi 67, amelioraţi 3, evacuaţi în alte servicii 5, concediaţi 3, reformaţi 1, mort 1, rămaşi 42. Din aceştia 24 au suferit de boale interne, 83 de boale chirurgicale, şi 16 de boale venerice. Ca în tot cursul anului, majoritatea bolnavilor vin din inchisorile Militare; mare parte prevenlţi pentru diferite delicate, mai ales nesupunere şi dezertare.

Se simte foarte mult nevoie asistenţei unui medic militar, pe lângă consiliile de disciplină şî consiliile de războiu, în toate acuzările de acest fel; pedeapsa care se dă în asemenea cazuri unor oameni bolnavi, nu are cât de puţin efectul moralizator văzut de lege, individul ne mai putând face parte din nici un element al armatei şi mai curând sau mai târziu trebuind să fie propus pentru graţiare. Am intervenit foarte des în asemenea cazuri atât la consiliul de disciplină cât şi la consiliul de războiu, une ori cu succes. La cea dintâiu instanţă mai indicată ar fi intervenţia medicului corpului pentru a nu se mai vedea la închisoarea militară şi apoi în spital pentru delicte mici pur militare, oameni cari ar fi trebuit reformaţi de mult. Pe lângă consiliul de războI, intervenţia este mai grea; jurisprudenţa neprevăzând suspendarea urmăririi în cursul acţiunei penale de cât pentru cazuri de moarţe, în cât certificatele spitaliceşti nu au avuţ efect de cât ca cerere sau motiv adus de apărare.

Graţierea chiar pe baza certificatelor de reformă pentru boale cronice, contagioase, constituind nu numai o sarcină pentru stat, dar şi un pericol pentru ceilalţi codeţinuţi, se obţine de asemenea foarte greu, nu rare ori ne vine după decesul bolnavului.

Ar trebui stabilit o cale mai lesnicioasă pentru scoaterea la timp a acestora din rândurile oştirei şi aceasta nu va fi posibil credem de cât prin ataşarea unui medic la instanţele judiciare militare şi acordându-se o mai mare atenţiune cererilor medicilor închisorilor, cari au destul timp să studieze bolnavul.

Intervenţii chirurgicale deosebite nu s'au făcut în această lună. Cazul mortal este datorat unui *flegmon defuz erisipelatos al mem-*

brului inferior stâng, consecutiv unei erosiuni de bocancă, în timpul manevrele corpului II. de armată.

Serviciul Chirurgical s'a tratat 138 bolnavi; 9 cazuri de reformă au fost justificate de următoarele boale: un caz de prolaps rectal cu rectită și testicul tuberculos; trei cazuri de carie metatarsienă, trei cazuri de abcese reci; un ulcer cronic varicos și un caz de corp străin în regiunea laterală dreaptă a gâtului cu nevrită descendentă a plexului brachial drept și cu atrofia membrului Superior corespunzător.

Un caz de fractura bazei craniului consecutivă une căderi dela 5 m. înălțime, cu sfârșit letal. 15 cazuri de hernie inguinală, la care s'a intervenit (procedeul Lucas-Championière, Bassiny Barker și T. Ionescu). Două cazuri de apendicită s'au vindecat prin tratamentul medical. Un caz de Hidrocel a fost operat prin procedeul lui Doyen.

In 11 cazuri de varicocel s'a făcut rezecția pachetului venos.

Intr'un caz de ectopie testiculară s'a făcut castrație unilaterală.

Intr'un caz de tuberculosă testiculară s'a făcut rezecția epididimului și a canalului deferent, conservându-se glanda, care era neatinsă.

S'a făcut într'un caz de înțepenire a articulației scapulo-umerale drepte consecutiv unei reduceri de luxație, mobil; zarea sub cloroform urmată de masaj și mecanoterapie.

Ca mijloace anestezice s'a făcut: rachistovainiare în 23 cazuri, cloroformizare în două cazuri, dintre cari 1 laparatomie subombilicală laterală dreaptă pentru o plagă penetrantă prin armă de foc a abdormenului.

In colecțiunile purulente localizate s'a făcut Kelenizare locală.

In **Divizia boalelor Contagioase** s'au tratat 22 cazuri febră tifoidă exclusiv după metoda lui Brandt; în două cazuri ataxoadinamice înjecțiunile cu colargol au dat rezultate satisfăcătoare. — Mortalitatea în febre tifoidă $20^{0}/_{0}$.

In cazuri de dizenterie, cu examenul bacteriological materiilor fecale pozitiv (Shiga), s'au făcut exlusiv înjecțiuni cu ser antidizenteric (Prof. Cantacuzino); în toate cazurile succes desavârșit fără nici-un alt tratament.

In **serviciul oculistic** s'au tratat 40 de bolnavi, cu urmatoarele afecțiuni: 2 cazuri de ulcere corneene cu hernia irisului, ambele vindecate. Un caz de catharactă traumatică, la care irisul era lipit de cristaloida anterioară, aşa că numai partea superioară a irisului s'a dilatat. S'a făcut discizia cataractei, dăr fără succes fiind dură. Extracţia nar fi dat nici un rezultat din cauza unei viridociclite consecutive traumei, şi ochiul era ambliop.

Un caz de oftal moplegie totală dreaptă, la care globul ocular nu ia parte la mişcările deconvergentă, nici de lateraliali. Pare fix, muşchii fiind cu totul paralizaţi. La oftalmoscop papila dreaptă pare de colorată ; vasele sinuoase şi unele atrofiate. Wassermann a dat negativ ; n'are nici albumină, nici glucoză.

Un caz de combustie a feţei mai accentuată pe nas şi cornea dreaptă. Combustie de grad I, la cornea dreaptă era întinsă pe toată partea inferioară a corneei. Bolnavul se află mai bine şi e încă în tratament.

In **Serviciul boalelor venerice** s'au tratat 289 bolnavi : 90 cazuri de blenoragie au fost tratate chiar din prima zi cu spălături uretro-vesicale de oxicyanur de mercur 1/3000 ; nu s'a observat nici-un caz de intoxicaţie.

In 3 cazuri de ulcer fagedenic s'au făcut cauterizării profunde cu termocauterul. S'a făcut circumcizia combinată cu cauterizarea profundă a şancrelor în 6 cazuri de fimoză.

In **secţiunea de bacteriologie a laboratorului Spitalului mititar** s'au executat 66 de lucrări clinice : 49 examene de sânge (serodragnostic Widal) ; 8 examene de sogrută, 9 examene de fecale. Intr'un caz de epilepsie Yacksoniană s'a făcut reacţiunea Wassermann cu lichidul cefalo-rachidian şi cu serul bolnavului : rezultatul negativ.

LUNA MEDICALĂ

Societăţi savante streine

SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN PARIS

Şedinţa din 1 Iulie, 1909

HENRI CLAUDE. — **Deux cas de chorcé persistente avec signes de lésions anatomiques légères du système nerveux.** Reluând această chestiune, autorul aduce încă 2 cazuri de coree la 2 bolnavi de 18 ani persistând de la vrâsta de 4 ani. In ambele există semne de leziune organică (Babinski, exagerarea reflexelor tendinoase, limfocitoză, paralizii a nervilor cranieni). Autorul e dispus să creadă că tocmai intensitatea mai mare a leziunilor meningo-encefalice e cauza persistenţei coreei în aceste cazuri. Facultăţile intelectuale sunt normale ceea ce distinge aceste forme de corea cronică a adulţilor.

ALQUIER.— **Parathyroïdes et maladie de Parkinson.** Pe 6 cazuri supuse la opoterapia paratiroidiană, autorul a observat cinci ameliorări apreciabile. Intr'un caz puţin înnaintat rigiditatea a dispărut complect într'o lună. Glandele paratiroide studiate istologiceşte într'un caz apar formate din celule mici fără coloid îngrămădite unele lângă altele. Corpul tiroid prezenta de 4 ori pe 5 cazuri alteraţiuni sclerotice însemnate şi coloid puţin. Ca volum era de 2 ori inferior celuin ormal şi de 2 ori superior. Intr'un caz cântărea 80 de grame.

Roussy a observat în 4 cazuri de sindromul lui Parkinson o guşe din cele mai manifeste, Paratroidele prezintă mai de grabă semne de iperfuncţiune.

CANTONNET. — **L'inégalité pupillaire latente chez les Basedowiens.** Autorul, în urma examenului pupilelor în camera obscură la o lumină artificială slabă, susţine a fi găsit inegalitatea pupilară de 6 ori pe 18 cazuri, 8 alţi bolnavi au prezentat inegalitatea pupilară în urma instilaţiunei unei substanţe midriatice.

SICARD. — **Traitement du torticolis mental de Brissaud, Lunettes hémianopsiantes.** Autorul a avut rezultate bune servindu-se de ochelari opaci în jumătatea de partea opusă aceleia a deviaţiunei capului. Bolnavul spre a vedea e silit astfel, a ţine capul în poziţiunea normală.

BRISSAUD et BAUER. — **Torticolis mental traité par la rééducation psychomotrice.** Autorii au întrebuinţat cu succes acest tratament unit cu cel preconizat de Sicard.

BRISSAUD, BAUER et GY. — **Arthropatie suppuré chez un tabétique.** Se pare a fi vorba de artropatie supurată sifilitică. Raymond citează un caz analog urmat de gangrena membrului. Bolnavul acesta a sucombat.

HONZEL. — **Syndrome de Weber traumatiqe par balle intracranienne. Craniectomie et extraction de la balle.** Operaţia făcută de Legueu a avut de efect dispariţia cefalecei (probabil prin scurgerea unei mari cantităţi de lichid cefalo rachidian care era produs în mare cantitate) şi a unei nevralgii faciale, datorită probabil iritaţiunei trigemenului prin glonte. Fenomenele paralitice persistau încă după trei săptămâni de la operaţie.

JUMENTIÉ et CHENET. — **Troubles de la sensibilité dans un cas de maladie de Friedreich.** Un bolnav cu turburări de sensibilitate foarte intinse. Déjérine spune în discuţie că n'a mai întâlnit până în prezent un caz de maladia lui Friedreich cu astfel de turburări.

JUMENTIÉ et CHENET. — **Chorée de Sydenham avec troubles organiques.** Pe lângă coree exista ipotonie musculară, exagerarea reflexelor tendioase cu tendinţă la trepidaţie epileptoidă, semnul lui Babinski, mişcări asociate, turburări ale diadococinesiei.

JUMENTIÉ et CHENET. — **Tumeurs de l'angle ponto-cerebeleux.** Pe lângă fenomenele generale de tumoră existau turburări de fonaţiune şi deglutiţiune şi turburări din partea nervilor cranieni erau al V-lea, al VI-lea, al VII-lea şi al VIII-lea turburări cerebeloase şi semnul lui Babinski dublu.

O operaţie decompresivă aduse o ameliorare constanta mai ales în dispariţia cefalalgiei. Bolnavul sucombă după 3 săptămâni de la operaţie în urma unei complicaţii pulmonare şi diagnosticul clinic fu confirmat anatomopatologiceşte.

CHABROL. — **Sarcome du IV-e ventricule.** Pe un număr de 90 cazuri de tumori ale ventriculului culese din literatură sarcomul figurează de 15 ori. Bolnavul a prezentat cefalee occipitală, vărsături la început. Pulsul 60 pe minut. Limfocitoză aracnoidiană. (6 într'un câmp) inegalitate pupilară şi strabism convergent. Nici zahăr nici albumină în urină. Tumora ocupă centrul ventriculului al 4-lea şi'şi săpase o loje în substanţa cerebeloasă pe când cea bulbară nu e deformată. Volumul tumorei atingea pe acela al unui ou de porumbel.

BRISSAUD et SALIN. — **Tic à debut tardif et mouvements choreiques névropatiques.** Nu e vorba de coreea lui Hutington. Intr'un alt caz ticurile cu debut tardiv se asociau unui tatfes frust.

BRISSAUD et FOIX. — **Paralysie infantile avec cyanose et pseudo-hypertrophie extrêmement marquées.** Pseudohipertrofii foarte însemnate a regiunei posterioare a gambei. Cianoza era aşa de însemnată în cât simula un hematom şi un medic a făcut chiar această eroare incizând regiunea presupusului hematom. Temperatura locală era coborâtă. S'a notat în fine hiperglobulie locală.

NOICA. — **L'hyperexcitabilité tendineuse, la motilité volontaire et la contracture dans les caz de paraplégie spasmodique.** Paraplegiile spasmodice nu sunt totdeauna unul şi acelaş lucru. Contractura necesită un anumit grad de iperexcitabilitate tendinoasă şi un oare care grad de conservare a mişcărilor voluntare.

BOINET. — **Tremblement opothérapique dans la maladie d'Addison,** 4 observaţiuni. Când tratamentul suprarenal e prea întins apare o tremurătură ce predomină la degetele mânei, dar se poate întinde şi la picioare, buze, limbă.

Oscilaţiunile sunt egale, mici repezi (6 pe secundă în medie).

Tremurătura e exagerată când limba e scoasă afară din gură, când mâinile sunt întinse, picioarele ridicate, etc.

Intensitatea mare și durata prelungită a tratamentului de asemenea exagerează tremurătura.

MAX EGGER. — **Paralysie du mouvement automatique avec conservation du mouvement volitionel.** Unii bolnavi cu leziuni protuberanțiale, cerebeloase, unii bolnavi cu maladia lui Friedreich prezintă imposibilitatea unor acte automatice ca mersul de și forța muschilor respectivi e considerabilă.

C. PARHON.

Revsite și publicațiuni străine

Fiziologie normală și patologică

CH. MANTOUX. — **L'interdermo-reaction à la tuberculine dans le traitement de la tuberculose: Intra dermo-tuberculinisation.** *(C. R. A. S.* 13 Aprilie 1909, No. 15) Ie un simplu mod de a administra tuberculina. Reacțiunea locală se aprecia în milimetru. Aceași doză de tuberculină injectată la câte-va zile interval produce reacțiuni cutanate din ce în ce mai slabe. Organizmul se poate considera ca imunisat pentru acea doză și se poate trece la o doză mai mare de tuberculină fără a provoca fenomene generale (temperatura, accelerațiunea pulsului congestia focarului) care trebuiesc întotdeauna evitate.

LALU

CH. DHÉRÉ et H. MAURICE. — **Influence de l'âge sur la quantité et la repartition chimique du Phosphore contenu dans les nervs.** *(C. R. A. S.* 26 Aprilie, 1909 No. 17).

Dozage precise făcute la câini de 4 săptămâni până la 8 ani, arată că Ph. total conținut în nervi periferici uscați (plexus brochial, kiatic, plexus lombar și nervi conului terminal) se găsește în mai mică quantitate la animalele în vrâsta. Diminuarea e datorită mai mult. Ph. inorganic; căci Ph. lipoidelor și Ph. nucléic se afla în proporțiuni mai mari. Dar grăsimele și lipidele nervilor periferici la câini în vrasta sunt și ele diminuate.

LALU

E. GOBBI. — **Filtre metallique à interstices réguliers et variables, réductibles aux dimensions ultra-microscopiques.** *(C. R. A. S.* 26 Aprilie, No. 17).

Filtrul e constituit de spirale de nickel foarte subțiri, 0,1 de milimetru grosime și 0,15 de milimetru lățime. Prin ajutorul unui șurub spiralele peste tot pot fi strânse atât de tare, încât interstițiile rămase să fie inferioare dimensiunelor microbilor. Filtrarea microbilor s'ar face prin urmare în mod mecanic, fără ca acțiunele de adherență moleculară sau de expilaritate să intervină ca la filtrurile de porcelan a căror perete filtruit e constituit de canalicule de dimensiuni mult mai mari ca microbi și unde microbi s'ar putea chiar dezvolta.

Rezultatele obținute cu acest filtru par a fi superioare celorlante filtruri și chiar filtrarea liquidelor colorate, s'ar efectua în mai bune condițiuni.

LALU

E. DOUMER. — **Flux hémorroidaires depletifes dans l'hypertension arterielle.** (*C. R. A. S.* 10 Mai 1909 No. 19). Mai multe observaţiuni de fluxuri hemoroidare oprite graţie tratamentului hypotensiv a lui Montier. In aceste cazuri se constată şi o diminuare a presiunei arteriale, care mai întotdeauna mărită la aceste hemoroïdari.

IALU

FOVEAU de COURMELLES. — **Régularisation des exerctions par la d'Arsouvalisation.** (*C. R. S. A.* 10 Mai, 1909 No. 19). In urma tratamentului prin d'Arsouvalizare autorul a constatat prin analyse de urine la artritici, obeji, artein sclori; o încercare constantă a urinei, a acidului mic şi a chlorurelor precum şi o diminuare a phosphatelor. Eliminarea acestor substanţe apropiindu-se de normală.

J. BUDIAM et R. DEMERLIAC. — **Sur les inégalités du potentiel éléctrique en divers points de l'organisme** *C. R. A. S.*, 19 Aprilie, 1909, No. 16. Autorii au constatat chiar la omul sănătos, diferenţa de potential în puncte simetrice, de 0 volt 0 1 prin 0 volt 0 3. Bineînţeles variaţiunile aceste depind de persoane, de starea de surescitaţie nervoasa, de starea de digestiune şi chiar ora când se fac experienţele pare a avea o mare influenţă în această privinţă. In schimb oboseala musculară nu determină diferenţe de potenteal apreeiabile. Diferenţele cele mai mari se observă la persoanele cu turburări dyspeptice, în stare de oboseală nervoasă, mai ales acele cari uzează de excitante (tutun, alcool).

In cazuri pathologice, diferenţele de potenteal a două puncte spuctice, poate fi mult mai mare.

LALU

Microbiologie

A. CALMETTE et C. ENÉRIN. — **Sur la détermination de l'origine bovine ou humaine des bacilles Koch isolés des lésions tuberculeuses de l'homme.** (*C. R. Acad. Sciences* t. XLIX, 19 juillet 1909 p. 191 d. *Bul. Inst. Pasteur* No. 19 1909). Autorii spun că bacilii umani, bovini aviari, arcreşte în mod electiv respectiv pe bilă glicerinată de om, bou şi pasăre. Un bacil izolat de Salimbeni din splina unui copil mort de granulie s'ar fi găsit că ar fi fost de origină bovină. Faptul s'ar fi confirmat şi prin inoculările ulterioare la capră, comparativ cu inoculările făcute cu un bacil uman.

CIUCĂ.

A. MARIE. — **Proprietés antirabiques de la substance cérébrale.** (*C. R. Acad. Scien.* t. CXLIX 19 Iulie p. 234, *d. Bulet. Inst. Past.* No. 18, 1909). Autorul după ce obţine o nucleo-proteină din creerul oamenilor morţi de diferite boale, o amestecă cu virus fix şi după o sensibilizare de 3—4 ore, inoculează amestecul în crerul unui epure; acesta nu capătă turbare. Nucleoproteina căpătată în acelaş fel cu creer de câine, epure, cobay etc., nu are preprietăţi analoage.

CIUCĂ.

CHARLES DUVAL et JOHN TODD. — **Ànote on the cultivation of Spirochaeta Duttoni.** Lancet 20 hirs. 1909 p. 834—835, *d. Bulet. Inst. Pasteur* No. 12, 1909). Autorii ar fi obţinut culturi servindu-se de următorul mediu: gălbenuş de ou cules steril peste 100 c. m. c. decoctie sterilă de şoarec (toate ţesuturile după ce se ridică pielea); Să agită amestecul şi să adaugă 5 c. m. c. sânge de şoarece defibrinat. Să lasă mediul să se autodigereze 6—8 săptămâni la 37^0; când ajunge la consistenţa de mucilag să verifică sterililatea şi să însămânţează cu puţin sânge parazitat. După 3 săptămâni să obervă o înmulţire a spirochiţilor, cari erau încă virulenţi pentru şoarec. Nu s'a putut obţine însă de cât o singură trecere.

M. C.

CALMETTE et MASSOLL. **Les précipitines du sérum antivenimeux vis-à-vis du venin de Cobra.** *(Ann. Inst. Past.* t. XXIII 1909, Févricr p. p. 155—165). Serul antiveninos de cal precipită veninul de cobra cu condiţie ca să fie în cantitate necesară pentru a-l neutraliza; ori-ce exsces de reacţie împedică precipitarea. Reacţiunea poate servi chiar la titrarea serului; termenul în care se îndeplineşte e o oră. Veninul debarasat de albuminoidele coagulabile încă este precipitat de serul de cal. Precipitatul venin, ser separat prin centrifugare să redisolvă în apă acidulată, este atoxic şi prin încălzire la 72^0 timp de o oră restitue în soluţie de 1/10 HCL toxicitatea veninului. Uscat, valoarea toxică este de 40 ori mai mare ca a veninului primitiv.

Digestiunea triptică ca şi cea papainică a precipitatului liberează cantităţi foarte mici de venin; tratând însă în urmă cu HCL la 72^0 să liberează toată cantitatea de venin, care poate fi din nou neutralizată prin serul specific. M. C.

G. de ANGELIS. — **Sul potere di alcuni colori vegetali.** *(Ann. Igien. sperim.* t. XIC f. 1 1909, p. 33, *d. Bulet. Inst. Pasteur* No. 12 1909). Autorul inoculează la epuri sub piele în vână, în peritoneu soluţiuni colorate vegetale; safran, indigo, turnesol; după 5—6 săptămâni obţine seruri precipitante specifice. Precipitarea este însoţită şi de o micşorare sensibilă a intensităţei colorante a soluţiunei; gradul de decoloraţie fiind direct proporţional cu masa precipitatului format. Precipitatul spălat cu apă e colorat şi se obţine până la o proporţie de 1/4000. M. C.

H. v. ROSELIO. — **Etude sur les anticorps hydatiques.** *(Presse Médicale, d. bulet. Inst. Pasteur* No. 18/909). Face fixarea complimentului comparativ, servindu-se ca antigen de lichid echinococic şi de extract alcoolic de membrană; — Rezultatul totdeauna pozitiv cu lichid; 60% cu extract de membrană. Pentru a controla lucrul vaccinează 3 serii de Cobai: 1. Cu lichid; 2. Cu membronă; 3. Cu amestec de lichid în membronă. Fie-care serie de animale dă anticorpi specifici numai pentru antigenul corespunzător. — Cea-ce arată că în bilanţele, cari să găsesc în kristal hidatic, sunt de natură diferită; — Că regenţa anticorpilor nu-are nimic a face cu eosinofilia.

CIUCĂ

H. GROS. — **La durée de l'immunité conférée par la variolisation viţele vis-a-vis de la vaccine** *(Bull. Soc. Páth. éxotique* t. II, f. 5. 12 Mai 1909 p. 237 *d. Buletin Inst. Past.* No. 18 1909.) Musulmanii din Egipt practică variolizarea pe scară întinsă cam la vrâsta de 8 ani. Fiind vaccinaţi în urmă, prindeau cam de la 25 ani în sus Ganducheau socotea că variola din o imunitate a cărei durata ar fi de cel puţin 10 ani.

CIUCĂ

J. BONGERT. — **Untersuchungen über den Tuberkelbacillengehalt des Blutes, des Fleisches und der Lymphdrüsen tuberkulőser Schlachtiere.** (Cercetări asupra cantităţilor de bac. Koch în sângele, carnea şi ganglionii limfatici a animalelor de măcelărie) *(Arch. f, Hygieue* t. LXIX f. 3 1909, pp. 263—363 *d. Bulet. Inst. Past.* No. 19, 1909). Cercetările au fost făcute pe 27 boi şi 3 porci; sângele muşchii şi ganglionii au fost inoculaţi la 224 cobay şi 8 epuri. Inoculările au confirmat tuberculoza la 46.06% din animale şi fapt capital: să confirmă părerea lui Swiersta că sângele, carnea şi ganglionii animalelor, cari nu au de cât mici ganglioni caseificaţi pot fi infecţioşi. Concluziunile autorului sunt: *a)* carnea unui animal tuberculos va fi dată în consumaţie dacă va avea leziuni prea localizate; în caz când sunt focare diseminate trebue să ne asigurăm că tuberculoza este inactivă la cobay. *b)* Se va opri miliară unui animal cu infiltraţiuni şi cu ramolisment. *c)* în cazurile de tuberculoză sustrasă acută, carnea va fi scoasă din consumaţie. CIUCĂ.

— **Royal comission on tuberculosis III-d interim Report.** (*Journ. of compar. Pathol and Therap.*, t. XXII, I-ère partie p. 77—84 mars 1909, *d. Bulet. Inst. Pasteur* No. 18). Partea din raport, care tratează despre puterea infectantă a laptelui şi fecalelor vacilor tuberculoase (spontaneu). Din 6 vaci, 5 aveau bacili virulenţi în fecale; toţi cobayi inoculaţi şi porcii, cărora li se dăduse fecalele prin injecţie s'au tuberculizat: Una din vaci avea tubul digestiv aproape indemn; bacili proveneau probabil din expectorarea şi deglutiţia bacililor din 6 vaci, patru aveau bacili în lapte fără nici o leziune locală. CIUCĂ.

KELSCH TEISSER et CAMUS. — **De la variolo-vaccine. Recherches expérimentales présentées à l' Académiè de médecine.** (*Buel. Acad. d Méd. t.* LXII, f. 276, 6 Iulie 1909 *d Buletin Inst. Past.* No. 18, 1909.) Din 8 viţele şi un epure, inoculaţi cu virus variolic două au căpătat: una o emoţie papulo-eritematoasă şi alta o erupţie de vezicule miliare; amândouă au fost în urmă refractare la vaccin. Epurele, deşi n'a prezentat nici-o reacţiune la virusul variolic, totuşi a rămas refractar vaccinului ulterior. Faţă cu succesele zilnice ale Nemţilor în transformarea variolei în vaccin autorii au făcut la 3 viţele *scarificaţii à blanc*, punând pe unele sconficatis lichid glicerinat şi înconjurîndu-se de cele mai perfecte măsuri de aşepsie în bazele vecine viţele inoculate cu vaccin. După 11 ziie toate viţelele aveau pustule admirabile, cari au fost în urmă trecute în serie. CIUCĂ

L. NATTAN-LARRIER. — **Pénétration du spirille de la fièvre récurrente à travers les téguments et les muqueuses intactes.** (*Bull. Soc, Path. èvols.* t. II, 12 Mai 1909, p. 239, *d. Bulet. Inst. Pasteur,* No. 12 1909). Spirilul febrei recurente pătruude prin pielea abdomenului fie după epilaţie, fie degresând pielea cu ether după ce s'a dat părul la o parte.

Pe alte regiuni cu pielea mai groasă inoculările sunt negative. Infecţiunea este curentă pe cale mucoasă şi în mai puţin de 4 ore; prin piele după 6 ore.

M. C.

M. ARTHUS. — **Les Sero-anaphylaxie du lapin.** (*C. R. A. S.* 13 Aprilie 1909, No. 15). Independent de lucrările făcute de alţi autori Arthus ajunge şi el la concluziunea că accidentele anaphylactice sunt accidente de intoxicaţie proteică. Anaphylaxia ie după acest autor o sensibilitate particulară (în cazul de faţă a iepurelui) la acţiunea toxică a proteinelor, care proteine, sunt inofensive pentru un animal mic.

Accidentele de anaphylaxie observate la iepure cu serum de cal sunt următoarele: Injecţiunile sub pele determina, infiltraţii, degenerescenţa şi grupare, injecţiunele venoase, tulburări circulatori (scadere precoce şi bruscă a presiunei sanguine de la 10 cm. — 11 cm. Hg. la 3 sau 4 cm. o atenuare a oxidaţiunilor şi câte odată o întârziere a coagulaţiunei sângelui) tulburări respiratorii (accelerare a rytmului respirator polypnée) tulburări intestinale (evacuaţiuni de materii fecale de aparenţa normală). Aceste accidente pot determina moartea rapidă a animalului, dar cele de mai multe ori animalul pare a se remite după câte-va ore, dar se cachectizează în urmă şi moartea survine peste câte-va săptămâni fără accidente acute.

Aceleaşi fenomene de anaphylaxie se observa la acest animal în urma injecţiunilor de albuş de ou, de lapte face grăsime, de soluţiuni de gelatină, de proteose etc. substante cari sunt cu totul inofensive pentru un iepure anaphylactizat.

Doza de serum de cal, căpătată de a anaphylactiza un iepure poate fi şi de 0 cm, 1 după o singură injecţie, dar fenomenele de anaphylaxie se observă mai bine după injecţiuni repetate de aceiaşi doză. Doza de 0 cm^3 5 de ser provoca accidente generale. Un interval de 7—8 zile ie necesar pentru ca accidentele de anaphylaxie să se poată bine constata.

Fenomenele de anaphylaxie nu sunt specifice, un iepure sero-anaphylactizat, reacţionează anaphylaxic după injecţiunele de ovalbumină, de gelatină etc. Cu toate că se pot observa variaţiuni de sensibilitate cu aceste privinţe ca de alt-fel la animalele normale. Unele substanţe proteice putând fi toxice, altele inofensive. Aşa de exemplu un iepure anaphylactizat cu ser de cal racţionează mai bine la gelatină, de cât de injecţiuni de proteose, mai bine la ser de cal, de cât la valbumină şi nu reacţionează de loc la injecţiunele intravenoase de ser de raţă.

De aseminea iepuri ovo-lacto-gelatino-pepto anaphylactizaţi, sunt anaphylactizaţi şi pentru serul de cal. Specificitate nu există şi pentru a împinge analogia şi mai departe între acţiunea sub. albuminoase şi a serului, ie faptul interesant că se poate anaphylactiza un ipure atât pentru ser cât şi pentru sub. albuminoase graţie injecţiunilor de glycocel. Substanţa inofensivă pentru iepure şi care poate fi injectată la or-ce intervale de timp fără a determina accidente toxice la acest animal. De fapt serul de cal însuşi încălzit la 85^0 îşi perde proprietăţile sale toxice, dar îşi conserva proprietatea sa de a anaphylactiza.

LALU

M. ARTHUS. — **La sero-anaphylaxie du chien.** *C, R. A. S.*, 13 Aprilie, 1909 No. 15. Un câine care a primit în interval de 7 zile, 8 injecţiuni sub-cutanate de 10 cm.^{3} de ser de cal, prezintă în urma unei injecţiuni intra-venoase de aceiaşi mantite de ser, o diminuare bruscă a presiunei sanguine cu oscilaţiuni de termene slăbite. Aceste accidente de intoxicaţie anophylactică, survin în general la mai puţin de un minut după injectie. Sângele animalului e aproape incapabil. Ori aceleaşi accidente întocmai se produc la câine, în urma injecţiunilor intra-venoase de preteoze. Mai mult încă, anaphylactizând câini cu ser, autorul i-a anaphylactizat în acelaşi timp şi pentru substanţe proteice, faţă de care erau inofensive.

Autorul nu vede într'un animal normal şi unul anaphylactizat de cât o diferenţă de sensibilitate. Toxicitatea serului e datorită substanţei preteice ce conţine. Aşa fiind, autorul propune de a numi accidentele de anaphylaxie, observate în urma injecţiunilor de ser sau de substanţe preteice, accidente de intoxicaţie proteică. Caracterele unei intoxicaţiuni nu depind de natura proteinei injectate ci sunt funcţiune al unei specimimale considerate. Natura proteinei nu intervine de cât In intensitatea fenomenelor de intoxicaţie.

LALU

ROUX (de l'institut Pasteur). — **Stérilisation au moyen de l'ozone des eaux filtrées de l'usine de Saint-Maur; augmentation du nombre des bassins filtrants.** *(Annales d'hygiène publique et de médicine légale,* Juin 1909). Articolul de faţă este raportul adresat consiliului de igienă şi salubritate al Seinei.

Parisul primeşte zilnic 210.000—290.000 mc. de apă de izvor. Aceasta cantitate este insuficientă în timpul căldurilor mari, din Septembrie până-n Decembrie când debitul surselor este mai mic, după aceia în timpul ploilor mari unele izvoare devin aşa de turbure că nu se pot utiliza. Lipsa este împlinită cu apă de râu purificată în filtrele cu nisip de la uzinele Ivry şi Saint-Maur. In 1907 serviciul privat a consumat 2.225.700 mc. de apă de râu filtrată.

Uzina de la Saint-Maur dă în 24 ore 15.000 mc., cea de la Ivry 60.000 mc. Aceasta este debitul strict necesar şi dacă vre-unul din aqueducte ar necesita chiar 3—4 de nefuncţionare, aprovizionarea cu apă ar fi în suferinţă şi ar trebui să-şi împlinească deficitul cu un surplus de apă de râu filtrată, de aceia raportorul de acord cu inginerul şef al apelor cer dublarea cantităţii de apă de râu filtrată şi pentru ca apa ast-fel pusă în consumaţie să fie ireproşabilă complectează opera de purificare prin filtre de nisip cu ozonizarea apelor eşite din filtru.

La concursul de ozonizare s-a prezentat „Compagnie générale de l'ozone" a suferit aceleaşi probe şi instalaţiile societăţii „Compagnie Sanudor".

Rezultatele experienţelor au fost următoarele:

Apă din Marna filtrată cu iuţeală de 4,80 m. dădea la cultură 600 colonii bacteriene pe cm.c. şi 107 bacteriene coli la 400 cm.c. După ozonizare da 1 bacterie pe cm.c. şi zero bacterii coli la 400 cm.c.

Apă filtrată infectată cu culturi aşa în cât era 6.687 bacterii la cm.c. şi mai mult de 200.000 bacterii coli la 400 cm.c., după ozonizarea da 3 bacterii la cm.c. şi zero bacterii coli la 400 cm.c.

Apa filtrată amestecată cu 15% apă brută de Merna avea 1.130 bacterii la cm.c. şi 240 bacterii coli la 400 cm.c., după ozonizare 9 bacterii la 5 cm.c. şi zero bacterii colo la 400 cm.c.

Incercarea cu apă brută din Marna nu a putut fi continuată peste 48 ore de oare-ce eşia turbure. Intrată în aparate cu 64.630 bacterii la cm.c. şi 3.000 bacterii coli la 400 cm.c. eşia cu 5 bacterii la cm.c. şi 5 bacterii coli la 400 cm.c.

Concluziile raportului sunt: să se construiască la Saint-Maur o uzină de sterilizat apa de Marna filtrată pe nisip. In aceasta uzină să se instaleze aparate ale societăţilor „Compagnie générale de l'ozone" şi „Compagnie Sanudor" cari să dea fie-care câte 45.000 mc. pe zi de apă potabilă indispensabilă serviciului privat.

Cheltuiala totală ar fi de 5.300.000 franci.

Dacă încercarea reuşeşte să se procedeze la fel în câţi va ani şi la uzina din Ivry.

A. S.

REMLINGER. — **La rage chez les chiens de rue de Constantinople.** *(Bull. soc. centr. med. act.* 30 avril 1909 p. 137—144, *d. Bulet. Inst. Pasteur* No. 18. Raritatea cazurilor de turbare cu toată mulţimea câinilor din Constantinopol, a atras în totdeauna atenţiunea observatorilor. Să credea că turbarea furioasă n'ar exista; autorul arată absolut contrariul: numărul cazurilor de turbare furioasă e de 2 ori mai mare ca în alte părţi: virusul de stradă din Constantinopol e un virus întărit care omoară epurii sub dure cam în 12 zile. Explicaţia n'ar sta de cât în obiceiurile câinilor, cari stau pe cartiere, pe cari nu le pot părăsi din cauza accesurilor din cele-lalte cartiere. Mai mult blândeţa câinilor din Constantinopol persistă şi în cursul boalei.

WELSH, CHAPMANN et STORREY. — **Some applications of the precipitin reaction in the diagnosis of hydatid disease** *(Lancet* 17 avril 1909 p. 100—109 *d. bulet. Inst. Pasteur* No. 18, 1909). Pe 50 cazuri au făcut precipito-diagnosticul echinococozei — rezultate nesigure şi negative. CIUCĂ

WEINBERG. — **Séro-diagnostic de l'echinococcose.** *Ann. Inst. Posteur* t, XXIII. 25 juins 1909 p. 472—502 *d. bulet. Inst. Past.* No. 18, 1909) Serul bolnavilor. atinşi de echinococoză conţine anticorpi specifici, care fixează alexina în prezenţa lichidului hidatic cu antigen; acesta din urmă trebuind a fi controlat cu un număr de seruri martore — dese-ori serul normal fixează alexina mai-ales când provine de la un hepatic. — Cantitatea anticorpilor nu depinde de mărimea kistului, ci de locul, de aderenţa cu organele vecine ci de permeabilitatea adventicei; ea să măreşte în urma operaţiei, dacă au mai rămas pungi kistice. Valoarea acestui serodiagnostic e necontestată, ţinund mai des socoteală că eosinofilia poate lipsi; — boalele febrile, supuraţia kistului, invazia debilă — nu au nici-o influenţă asupra cantităţei anticorpilor. Serudiagnosticul pozitiv va arata prezenţa unor pungi, a căror existenţă nu putea fi arătată de mijloacele clinice — va arăta o nouă infectare a organismului in cazul cînd serul încetase pentru cât-va timp după operaţie să fixeze alexina în prezenţa antigenului. CIUCĂ

Neurologie şi psihiatrie

GIRAUD et GENTY. — **Flocculus et Vision.** (Comunicare la al XIX-lea congres al alieniştilor şi neurologiştilor francezi, Nantes, August 1909) *Revue Neurologique*, No. 16, 1909. Dor a constatat atrofia acestui nucleu cerebral după enuclearea globului ocular. Taty et Giraud găsit leziuni ale aceluia lobul în 2 cazuri de idioţie cu cecitate congenitală.

Studiênd acum, ca control, un caz de idioţie, cam de aceiaşi vârstă ca cele 2 precedente, dar fără turburări de vedere, au găsit floculus intact, atât macroscopiceşte cât şi microscopiceşte. Alte regiuni cerebeloase, din vecinătate, prezintă încă alteraţiuni, constând în atrofia şi rarefacţia celulelor.

Precum recuuosc înşăşi autorii, chestiunea reclamă cercetări noi.

C. PARHON

G. MARINESCO. — **Sur l'aphasie hystérique.** *Semaine médicale*, 30 Iunie, 1909. După ce autorul expune istoricul chestiunei, istoriseşte observaţiunea unei bolnave observată de d-sa, care în urma unui traumatism psihic violent, pierde cunoştinţa şi rămâne cu o hemiplegie cu caracterul celei isterice şi cu forma de afazie, pe care autorul o numeşte paradoxală. Bolnava vorbeşte ca o persoană străină, ce nu cunoaşte bine limba. Lungeşte unele vocale, scurtează prea mult altele; bolnava nu pronunţă unele coasoane, (l, r); omite unele litere; găseşte cu dificultate unele cuvinte. In fine, din altele, mai cu seamă din unele nume proprii, pronunţă numai câte o silabă.

Turburarile sunt mai puţin pronunţate dimineaţa şi se agravează sub influenţa emoţiilor.

In acest caz e evident că emoţiunea a fost punctul de plecare al emiplegiei şi afaziei isterice.

Autorul nu împărtăşeşte în totul vederile lui Babinski, consideră atacurile de isterie, ca reacţiuni speciale ale sistemului nervos, ce pot fi deslănţuite nu numai de sugestiune sau imitaţiune, ci şi de emoţiune.

Exprimă în fine desideratul, ca problema raparturilor dintre emoţiune şi sugestiune în isterie, să fie studiată mai amănunţit.

C. PARHON

KLIPPEL et WEIL. — **Apropos d'un cas d'osteite déformante. La pathogenie de la maladie osseuse de Paget.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtiere*, No. 1, 1909. Observaţiunea unui caz de această curioasă alteraţiune osoasă. Discutând teoriile emise, autorii conchid că teoria sifilitică e insuficientă, cea trofonevrotică de asemenea nu are o bază solidă. Teoria artereosclerotică e tot aşa de puţin satisfăcătoare. Arterioscleroza e prea frequentă, pe când maladia lui Paget e prea rară. E un proces prea particular pentru a depinde de o cauză aşa banală ca arterioscleroza. „Un factor important ne scapă încă în patogenia maladiei osoase a lui Paget".

C. PARHON.

LE GROS et LERI. — **Etude radiographique comparative de quelques affections dystrophiantes dc os.** *Novelle Iconographie de la Salpêtriere,* No. 1, 1909. In maladia lui Paget, îu afară de o condensare, sau de o rorefacţie însemnată a stratului compact periferic, există un aspect vătos (ca vata), realizat pe probele radiografice de o serie de pete clare şi închise, şi de o extremă abundenţă a traverselor oseoase, foarte fine, mai mult sau mai puţiu clare şi închise, anastomozate între ele, luând une-ori forma de vârtejuri. Acest aspect poate atinge şi epifisele. In plus conturul osos e rău delimitat, în unele locuri din cauza rarefacţiei stratului periferic, al substauţei compacte. In sifilis există exostoze şi hiperostoze. In rachitism există incurvaţiuni şi îngroşeri, localizate cu un aspect normal al traverselor osoase. In osteomalacie există un aspect alveolar, datorit dispariţiei traverselor normale şi neoformaţiunei de septe groase.

C. PARHON

MAURICE FAURE. — **Sutes eloignées de la reéducation motrice dans le traitement des maladiss organiques de la moelle. Congrès de Nantes.** In *Revue Neurologique*, No. 16, 1909. Atât în cazurile de tabes, cât şi în cazurile de paraplegie spasmodică, reeducaţiunea mişcărilor da rezultate importante, chiar şi în unele cazuri cu turburări însemnate.

Ameliorarea poate fi destul de însemnată, pentru ca bolnavii să-şi poată continua ocupaţiunile.

Odată câştigată această ameliorare, e persistentă, cu condiţiunea ca priutr'un tratament general, bine condus şi prin igienă, să se evite progresul boalei.

C. PARHON

PIERRE MERLE et RAULOT-LAPOINTE. — **Les altérations osseuses au cours de la myopathie.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtriere*, No. 3, 1909. După cercetările radiografice ale acestor autori, oasele sunt modificate în miopatie: ţesutul osos e subţiat, transparenţa sa e mărită, diafisele sunt proporţional prea subţiri faţă de epifise. Există adese ori curburi anormale. Diferitele reliefuri osoase sunt diminuate sau dispărute. Transparenţa devine une-ori aşa de mare pentru rotulă, în cât aceasta nu se mai zăreşte pe proba radiografică, (rotulă de sticlă).

Alteraţiunile sunt cu atât mai importante cu cât boala a început mai de timpuriu.

Leziunile osoase sunt mai însemnate în teritoriile în cari şi muşchi sunt mai atinşi.

Autorii nu sunt dispuşi să vadă în alteraţiunile osoase o consecinţă a celor musculare, ci o turburare de nutriţie, paralelă cu aceste din urmă. Amintesc origina mezodermică comună a ambelor ţesuturi şi admit că aşa zisa miopatie progresivă, e în realitate o „osteo-miopatie“ progresivă.

C. PARHON

RAMADIER et MARCHAND. — **Varieté de trophoedème acquis chez une femmes ovariatomisée, goitreuse et alienée.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtriere*, No. 3, 1909. O femee castrată, isterectomizată pentru un fibrom uterin, ce determina metroragii abondente, prezentă după câte-va luni o stare delirantă cu colorit melancolic şi idei de persecuţiune şi o stare de astenie însemnată. In acelaş timp apăru o guşă şi turburări trofice, edem gelatinos al membrelor, alteraţiuni dentare, gingivale, etc.

Guşa retrocedă dar starea mentală rămase aceiaşi şi edemul membrelor inferioare, atinse proporţiuni monstruoase. Edemul intereresează degetele şi dosul picioarelor şi partea inferioară a gambelor. Coloraţiunea pielei e roză, la acel nivel nu normală ca în trofoedemul lui Meyer şi presiunea dureroasă. Autorul crede că există o serie întreagă de distrofii, ale căror forme tipice sunt trofoedenul şi mixedenul. El apropie turburările trofice din cazul său de cele din mixedem.

C. PARHON

SAINTON. — **Etat des pupilles dans le syndrome de Basedow. Congrès de Nantes.** *Revue Neurologique*, No. 16, 1909. După o statistică asupra unui număr de 419 observaţiuni, pupilele se găsesc notate egale în 86 % din cazuri; dilatate simetric în 7 %; strâmtorate în 2 %; inegale în 4 %. Intr'un singur caz s'a văzut o inegalitate alternativă şi trecătoare. In 2 cazuri, strâmtorarea pupilei a urmat dilataţiunei.

In cercetări făcute cu Poulard, Sainton n'a găsit inegalitatea de cât o dată pe 6 cazuri. Deci nu poate confirma concluziunile recente ale lui Cantonet.

Sucul tiroidian sau paratiroidian, instilat în ochi, s'a arătat inactiv faţă de pupilă.

THIEBIERGE et GASTINEL. — **Un cas de gigantisme infantilique.** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtriere*, fasc. 4, 1909. Observaţiunea unui caz tipic de gigantism infantil cu oare-cari fenomene de feminism.

Autorii nu intră în multe discuţii asupra cazului şi bine fac, căci din puţinele reflexiuni ce însoţesc observaţiunea, se vede că nu posedă de cât cunoştinţe vagi asupra chestiunei. Ast-fel posibilitatea unei persistenţe tardive a cartilagilor de conjugaţie în acest caz — deşi e vorba de un gigant — îi face să se gândescă la mixedem, unde în realitate, dacă cartilagele persistă multă vreme, *creşterea e oprită* sau foarte înceată, contrariu de ce era în cazul raportat de autori. Persistenţa prelungită a cartilagelor de conjugaţie cu o creşrere peste medie, aparţine în realitate insuficienţei glandelor genitale (şi probabil şi iperfuncţiuuei ipofiziei glanda antagonistă din multe puncte de vedere glandelor genitale).

In plus autorii atribue lui Pierre Marie, ideile asupra raporturilor strânse, dintre acromegalie şi gigantism, cari în realitate aparţin lui Brissand şi Meige, Launois şi Roy şi cred a confirma — forţând puţin faptele — ideile acestor din urmă autori, pe când în realitate, sunt de părerea lui Pierre Marie.

C. PARHON

Patologie generală

E. DONNER et G. LEMOINE. — **La congestion passive du foie et l'hypertension arterielle.** *C. R. A. S.* 19 Aprilie, 1909, No. 16. Patru cazuri de congestie pasivă a ficatului la persoane cu hypertensiune arterială, s'au ameliorat mult in urma câtor-va şedinţe de d'Arsonvalisare.

LALU

HAMBERGER et HEKMA. — **Sur la phagocytose.** *Archives Neerlandaises des sciences exactes et Naturelles.* Série II, Tone XIII, p. 379.

Autorul studiază acţiunea modificărilor concentraţiunei osmotice asupra fagocitozei în vitro, precum şi influenţa anumitor ioni. Următoarele fapte rees din această lucrare foarte interesantă:

Adăugarea de apă la serul propriu al organizmului are o influenţă foarte dezavantagioasă asupra puterei fagocitare. O diminuare a concentraţiunei osmotice aşa cum se poate prezenta zilnic la un individ normal, produce deja o reducere notabilă a puterei fagocitare.

Readucerea în serul lor propriu a celulelor ce au încercat influenţa pernicioasă a adăugirei de apă restabileşte complect sau în parte puterea fagocitară.

Fenomenele observate pentru fagocite concordă cu ceca ce s'a observat mai înainte pentru globulele roşii.

Ca şi globulele roşii fagocitele pot suporta o mare cantitate de apă fără ca să fie distruse.

Schimbările suferite de fagocite prin adăugirea de apă, dacă n'au avut de urmare distrugerea fagocitelor, pot fi reparate prin transportarea în serul normal, cel puţin judecând după puterea fagocitară.

Creşterea concentraţiunei osmotice a serului, ca şi diminuarea, are o influenţă foarte dezavantagioasă asupra fagocitozei. Se constată chiar că mărirea concentraţiunei osmotice e mult mai dezavantagioasă de cât o micşorare de acelaş grad.

Readucând în mediul lor primitiv celulele ce au fost influenţate prin adăugirea de Na Cl la ser se restaurează complect sau în parte puterea lor fagocitară.

Restabilirea puterei fagocitare e încă posibilă după şederea celulelor în serul anisotonic timp de 24 ore.

In soluţiunile de clorur de sodiu 0,9°/₀ puterea fagocitară e aproape tot aşa de mare ca şi în ser. Sub influenţa soluţiilor de clour de sodiu maî forţi sau mai slabe, această putere descreşte în mod considerabil, mai mult chiar de cât în serul isosmotic cu aceste soluţiuni.

Scăderea puterei fagocitare trebue să provînă mai cu seamă din schimbarea cantităţei de apă din celule.

Alături de această schimbare există un alt factor care trebue să explice micşorarea puterei fagocitare şi anume modificarea chimică ce rezultă din schimbările materiale dintre celulă şi mediul ambiant.

De aceea celulele ce au stat într'un ser iperisotonic prezintă după readucerea în ser o putere fagocitară mai mare de cât după readucerea într'o soluţie de Na Cl 0,9°/₀.

Diminuarea alcalinităţei mediuiui micşorează puterea fagocitară.

Ionii Calciu şi Oh măresc puterea fagocitară.

Adăugirea de Ca Cl^2 în cantitate de ca'm 0,005°/₀, măreşte puterea fagocitară cu aproape 22,6°/₀.

Reese că în diferitele experienţe asupra fagocitozei bacteriilor nu trebue să se neglijeze gradul concentraţiunei osmotice sau alcalinitatea mediului precum s'a făcut în diferite experienţe cari prin urmare ar trebui să fie reluate.

C. PARHON.

P. BOMIRER. — **Traitement des troubles genito-urinaires par action directe sur les centres nerveux.** *(C. R. A. S.* 13 Aprilie 1909, No. 15). Prin acţiune directă asupra centrelor genito-urinare, care sunt situate la partea inferioară a bulbului, autorul înţelege a-i excita prin intermediarul mucoasei nasale.

Uşoare cauterizaţiuni al părţilor anterioare ale acestei mucoase, au dat autorului succese extraordinare în tratamentul dysmenorheelor migrenelor mensuale, în ameţeli, chiar în crampele de stomac şi a intestinului. Adesea, erytemul, pruritul vulvar şi leucohea s'au vindecat. De asemeni, incontinenţa urinei şi poluţiunile nocturne. In adevăr aceste rezultate sunt pe puţin extraordinare. **LALU**

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine“
CALEA VICTORIEI— PASSAGE ROUMAIN, 19.— BUCAREST
TÉLÉPHNE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* M. M. A. Gilbert et L. Thoinot,	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.2
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes. *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO“ le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească“

Anul V, No. 11. Noembrie 1909. Volumul II.

REVISTA

ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. ADRIAN POENARU
Chirurg primar al spitalului Filantropia din Craiova

Un nou procedeu de anestesie rachidiană

Accidentele, când mai grave când mai uşoare, ce produce rachianestesia, au făcut pe mulţi să propue diferite procedee, diferite asociaţiuni medicamentoase, care să micşoreze toxicitatea stovainei. In adevăr, unele din ele au reuşit mai mult, ori mai puţin; dar în ceea-ce n'au reuşit nici unul din procedee, este de a produce fără greş şi cu siguranţă anestesia dorită. Din această cauză, unii atribuind lipsa de anestesie, dozei prea mici de stovaină, au mărit cantitatea, trecând chiar peste *zece centigrame*. Rezultatul final: la unii se făcea anestesia; la alţii producea fenomene toxice, şi la alţii anestesia tot nu era complectă.

Practic rachianestesia încă din 1904 şi cu stovaina din 1905 şi pe numărul mare de anestesii ce am făcut, am încercat toate procedeele recomandate şi cu mici deosebiri, la toate am observat aceleaşi inconveniente şi aceiaşi nesiguranţă în anestesie.

Nebănuind nici technica injecţiunei, nici stovaina şi nici predispoziţiunile individuale, care să-mi dea lipsa de anestesie, mi-am îndreptat cercetările în altă direcţiune şi am găsit adevărata cauză a insucceselor.

Am observat că stovaina pusă în contact cu lichidul cefalorachidian, dă naştere unui precipitat lactescent.

Rezultatul cercetărilor chimice făcute de d-l dr. Ludwic, chimistul laboratorului de aici, vor fi publicate în curând într'un alt articol.

Ca să mă conving dacă acest precipitat, se bucură de aceleaşi proprietăţi anestesice ca stovaina, am făcut următoarea experienţă: într'o eprubetă de sticlă, am făcut soluţie de $^1/_{100}$, stovaină în lichid cefalo-rachidian; soluția bine înțeles a devenit lactescentă; într'o altă eprubetă, am făcut aceeași soluție, însă prin procedeul ce voi descrie mai jos, n'am lăsat să precipite stovaina, soluția rămâind deci limpede.

Din aceste soluțiuni, am căutat să obțin anestesie cutanată prin injecțiuni intradermice. Pe același individ am făcut din ambele soluțiuni: partea injectată cu stovaină precipitată, era sensibilă, pe când la cealaltă, anestesia era perfectă. Experiențele repetate în nenumărate rânduri, mi-au dat tot-deauna același rezultat.

De sigur, același lucru trebue să se petreacă și cu anestesia rachidiană. Dacă din cantitatea de stovaină introdusă, *se precipită puțin; avem anestesie;* dacă se *precipită mult, anestesia nu se produce.*

Aplicând la anestesia rachidiană, procedeul cu stovaină neprecipitată, rezultatele obținute au fost excelente. Am obținut cu dose mici de stovaină (0.05) anestesie perfectă, fără accidente și durabilă, mergând până la două ore.

Pentru a face ca stovaina sa nu precipite în lichidul cefalo-rachidian, am făcut un șir de încercări; am văzut că acidularea ei în cantități infim de mici, împiedică această precipitare. M'am adresat acidului fosforic și acidului lactic. Pe cel dintâi, de oare-ce trebuiau cantități prea mari; din cel de al doilea, e de ajuns a opta parte $(^1/_8)$ dintr'o picătură, pentru a împiedica precipitarea, chiar dacă s'ar încălzi soluția. Urmând experiențele, am observat că adăogarea unei mici cantități de adrenalină, ajută anestesiei, micșorând în același timp fenomenele toxice.

Se știe că stovaina este un toxic pentru sistemul nervos și ca atare dozele mari sunt periculoase. In toate procedeele de anestesie rachidiană, producându-se precipitarea, nu se poate cunoaște ce anume cantitate rămâne din stovaină, care să producă anestesia.

Neputându-se deci ști la fie-care individ, ce cantitate se precipită, nu se poate avea siguranță de doză și de efect. Așa de exemplu, pentru operațiuni mari, s'au introdus în rachis chiar peste zece centigrame de stovaină și la unii cu toată doza mare, nu s'a făcut anestesie, iar la alții a dat fenomene toxice.

Prin procedeul meu, întreaga cantitate de stovaină ce introduc lucrează; prin urmare am nevoe de doze cât se poate mici (și din această cauză lipsa de fenomene toxice), ca să obțin efecte remarcabile.

Iată modul cum procedez:

Intr'o sticluță mică cu dop de sticlă, sterilizată, (fie la aer cald, fie fiartă cu apă **distilată)** *și bine uscată, fac* **soluția mamă,** *compusă din 15 picături de adrenalină (soluţia din comerţ) şi una picătură de acid lactic concentrat. Această soluţie, poate dura cât de mult, dacă e ţinută la întuneric.*

Intr'o eprubetă mică sterilizată, tot ca şi sticluţa, pun cantitatea necesară de stovaină (0.01—0.05) şi imediat înainte de a face puncţia rachidiană, pun în eprubeta cu stovaină, două picături din soluţia mamă.

Fac puncţia şi primesc lichidul cefalo-rachidian direct peste stovaina preparată.

Cantitatea de lichid ce las să curgă e aproximativ două grame. *Mişc puţin eprubeta până ce se topeşte stovaina; apoi aspir amestecul într'o seringă de două grame, şi-l introduc în canalul rachidian.* Nici odată, nu las să curgă mai mult lichid cefalo-rachidian de cât cele două grame necesare.

Anestesia este aproape instantanee şi durează până la două ore.

Procedând ast-fel, am obţinut totdeauna şi fără greş, anestesie perfectă pentru toate operaţiunile ce am făcut şi cari sunt trecute in tabela aci alăturată.

In privinţa technicei injecţiunii rachidiane, e aceea cunoscută de toţi. Fac injecţia între a 12 vertebră dorsală şi 1 lombară, pentru operaţiunile ce se fac pe abdomen de la apendicele xifoid şi până la pubis. Pentru membrele inferioare ne-apărat că se poate face injecţia şi la locul clasic adecă între a 4—5 vertebră lombară.

Pentru operaţiile pe cap, torace şi membrele superioare, fac injecţia între 1—2 vertebră dorsală.

Cantitatea de stovaină, variază după etate şi după locul unde se face injecţia. Pentru injecţiile inferioare, la oamenii mari, cantitatea de cinci (0.05) centigrame a fost totdeauna suficientă; nici odată n'am fost nevoit, să depăşesc această doză. La copii pentru aceleaşi injecţiuni doza variază de la $1^1/_2$—$2^1/_2$ centigrame stovaină.

Pentru injecţiunile superioare, pentru adulţi, doza de un (0.01) centigram e suficientă; pentru copii e de ajuns $^1/_4$—$^1/_2$ centigrame de stovaină.

Imediat după injecţie, culc bolnavul; anestesia este aproape instantanee.

Pentru injecţiunile superioare, ridic tot-deauna capul bolnavului ca stovaina să nu ajungă la bulb.

Pentru operaţiunile abdominale, planul înclinat, nu produce nici un inconvenient bolnavilor.

Operaţiunile practicate cu rachistovainizare, prin procedeul descris de la 1 Februarie — 6 Noembrie anul curent.

Totalul rachistovainizărilor: 238 clasându-se ast-fel:

A). Cap, gât, torace şi membrele superioare	13
1) Extirpări de ganglioni sub-maxilari	1
2) Extirpare de epiteliom al buzei infer.	2
3) „ „ „ al maxilarului infer.	2
4) „ „ „ al bărbiei	1
5) „ de ganglioni cervicali	1
6) Tyroidectomie intra-capsulară	1
7) Laryngectomie totală pentru cancer	1
8) Amputaţia antebraţului	2
9) Eslander, pentru pleurezie purulentă	1
10) Extirpaţia unei tumori congenitale în reg. omoplatului drept	1
B). Stomac şi intestine	53
1) Hernii inguinale şi crurale libere sau strangulate	31
2) Gastro-enterostomie	3
3) Laparatomii pentru oclusie intestinală	5
4) Apendicită la rece	1
5) Flegmon apendicular	2
6) Anus iliac p. cancer rectal	1
7) Flegmon ischio-rectal	1
8) Dilataţia sfincterului anal. pentru fisuri	2
9) Extirpări de fistule anale	5
10) Eventraţie	2
C). Peritoneu	4
1) Laparatomii exploratrice	2
2) Laparatomie pentru plăgi penetrante	2
D). Aparatul urinar	11
1) Nefrectomie abdominală pentru chisto-sarcom al rinichiului stâng	1
2) Talie hypogastrică pentru calcul visical	3
3) „ „ „ cistită hemoragică	2
4) Flegmon perinefretic	4
5) Flegmon periureteral consecutiv unei plăgi prin armă de foc	1

E). Organele genitale bărbăteşti	15
1) Incizii de abcese periuretrale	3
2) Cura hydrocelului	3
3) Circumcizie	2
4) Extirpări de vegetaţii	2
5) Uretrotomie externă	2
6) Plagă a scrotului cu hernie testiculară	2
7) Rezecţia vaginalei	1
F). Organele genitale la femeie	100
1) Extirpări de kiste sau tumori vaginale	6
2) „ „ polipi uterini	3
3) Perineorafii	2
4) Raclaj uterin	33
5) Colpotomie	3
6) Amputaţia colului uterin	1
7) Histeropexie abdominală	8
8) Histerectomie abdominală totală p. cancer	5
9) „ „ „ pentru salpingite sau alte leziuni	22
10) Legături atrofiante pentru cancer uterin inoperabil	9
11) Kist al ovarului	6
12) Dublă ovariotomie pentru tumori paraovariene	1
13) Operaţie cesariană cu histerectomie totală	1
G). Membrele inferioare	42
1) Extirpări de ganglioni inguinali	13
2) Reduceri de fracturi deschise	3
3) Extirpări de kiste poplitee	2
4) „ „ „ dermoide sacrale	2
5) Unghie încarnată	1
6) Desarticulaţii de degete	4
7) Trepanaţia femurului p. osteo-mielită	4
8) Artrotomia genunchiului	3
9) Rezecţia genunchiului	2
10) Amputaţia coapsei	1
11) Amputaţia gambei	5
12) Lisfranc	1
13) Rezecţia capului femurului	1

Nu sunt trecute în această tabelă, diferitele cusături şi nici deschiderile de abcese şi flegmoane, deşi s'au făcut cu acelaşi mod de anestesie.

Din luna Februarie anul curent, de când întrebuinţez procedeul meu de anestesie rachidiană, mă simt foarte mulţumit, atât pentru anestesia sigură ce-mi produce, cât şi pentru starea de bine în care se găsesc bolnavii în timpul şi după operaţie.

Toate accidentele observate cu celelalte procedeuri şi datorite toxicităţii stovainei ca: paloarea feţei, transpiraţiuni profuse, vărsături, dureri de cap, dureri de şale, temperatură, etc., nu le-am mai observat de la acea dată.

Neapărat că numărul de anestesii ce am făcut e încă mic, ca să se poată spune ultimul cuvânt, dar destul de mare ca să-mi fi putut da vre-un greş ori vre-un accident.

Docent Dr. C. PARHON

Revistă anuală de neurologie

PARTEA I

Cercetări anatomice şi istopatologice

Neurologia face incontestabil progrese repezi. Studiul ei pasionează din ce în ce un număr mai mare de cercetători. Aşa se explică pentru ce numărul publicaţiunilor pe acest teren sunt din ce în ce mai numeroase.

In aceiaşi măsură sarcina celui ce are a face o revistă anuală devine mai grea.

O dare de seamă, într'un singur număr asupra lucrărilor neurologice făcute în anul precedent ar fi peste măsură de lungă şi ar obosi chiar şi atenţiunea celor ce se interesează mai mult de aceste chestiuni.

De aceia am preferat (ca şi în precedenta mea revistă anuală) a împărţi materia în 2 părţi. Voi resuma aci faptele ce se referă la anatomia centrilor nervoşi, menţionând unele cercetări istopatologice rămânând ca în numărul viitorul să mă ocup în special de lucrările făcute pe terenul patologiei.

Voi lăsa autorului revistei de fiziologie sarcina de a expune și cercetările relative la neurofiziologie.

Numărul mare de lucrări, greutatea cercetărilor bibliografice la noi și alți factori asupra cărora nu e locul să insist, a făcut să nu pot consulta în original, unele din lucrările ce le voiu menționa servindu-mă în parte de unele analize făcute în revistele de Neurologie și în special în *„Jahrsbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem gebieie der Neurologie und Fsychiatrie“* redactat de Flatau, Bendix și Jacobsohn, împreună cu un însemnat număr de colaboratori.

Voi expune diferitele lucrări clasându-le după conținutul lor. Voiu începe prin a menționa câte-va lucrări de technică istologică, în urmă voiu analiza lucrările de istologie normală, experimentală și patologică, iar în urmă voiu rezuma lucrările relative la anatomia microscopică a centrilor nervoși: creer, cerebel, protuberanță, bulb, măduva spinării și ganglionii nervoși.

Am lăsat la o parte contribuțiunile anatomopatologice cazuistice rezervându-mi dreptul de a mă ocupa de unele din ele în partea II-a a acestei reviste.

Cercetări de tehnică neuroistologică.

Gălășescu (1) comunică un procedeu de colorațiune electivă a nevragliei. Se fixează piesele 5 ore în sublimat 6°/₀. Se debitează apoi în secțiuni de cel mult 4—5 m. m. grosime și se trec 48 ore în lichidul lui Anglade, la 37° la etuvă. Schimbându-se de 2—3 ori fixatorul în cele 48 ore. Se spală 2 ore în apă curgătoare. Se trec într'o soluție de acetona cu tră iod 24 ore pentru a scoate sublimatul, se deshidratează în acetonă și incluzionează în parafină. Se colorează cu o soluție de violet de metil 5 B, 5 gr. în alcool la 80°, 125 cm. c. din cari se ia 100 cm. cubi la care se adaugă acid oxalic 5°/₀ 5 cm. cubi. Se colorează secțiunile la rece 10' apoi se încălzesc de 5—6 ori la flacăre până la degajare de vapori. Se usucă cu hârtie de filtru, se fixează cu gram 5′ încălzindu-le până la degajare de vapori. Se usucă cu hârtie de filtru și diferențiază cu xilol. Montare în balsam de canada. Protoplasma celulei apare foarte palidă albastra, nucleul violet închis iar prelungirile iau o colorațiune intermediară.

Merzbacher (2) dă o nouă metodă pentru studiul nevrogliei. Fixarea în formol 10°/₀, secţiuni de preferinţă la microtomul de congelaţie. Secţiunile din apă distilată se trec într'o soluţie proaspătă de alcool absolut 70 gr. leşie de sodiu 10°/₀ 20 cm. c. apă distilată până la clarificarea amestecului (cam 10 cm. c.) Se ţin în această soluţie până la 5′. Se trec apoi timp de 24 ore la rece într'o soluţie apoasă concentrată de albastru Victoria, se spală şi se usucă cu hârtie sugătoare apoi se toarnă câte-va picături dintr'o soluţie de iod iodurat; se diferenţiază în ulei de anilină şi xilol părţi egale.

Nageotte (3) indică o metodă de coloraţiune rapidă a fibrelor mielinice. Fixare în formol 10°/₀ căruia i se adaogă 1—7 gr. de sulfat de sodiu. Secţiunile din piesele mai mici pot fi practicate a doua zi (cu microtomul de congelaţie). Se colorează de preferinţă pe lamă cu hematoxilină alunată fie încălzind preparaţia fie ţinând-o ½ oră la etuvă. Coloraţiunea trebue precedată de degresare prin alcool absolut (tot pe lamă) şi urmată de diferenţiare în lichidul lui Weigert (fericianur 2,5; borax 2 gr. apă 100.

Rucker (4) dă o metodă rapidă pentru diagnosticul istologic al turbărei, constând în strivirea unei porţiuni de substanţă cerebrală sub lamelă, uscare la aer, fixare timp de un minut în alcool metilic, coloraţiune cu o soluţie de 2 picături dintr'o soluţie alcoolică saturată de rosanilină în 10 cm. c. apă distilată şi 20 cm. din soluţia alcoolică de albastru de metilen al lui Loeffler.

Corpusculii lui Negri se colorează în roşu, granulaţiunile celulare în albastru, globulele roşii în roşu palid.

Studii de neurocitologie

Smallwood şi Rogers (5) studiază celula nervoasă a moluscelor găsind în ea canalicule limfalice, vacuole ce se pot vedea bine în celulele vii, fiind pline cu lichid sau corspuscule figurate. Numărul lor variază fiind formaţiuni trecătoare. Corpusculele lui Nissl agregate de formă variabilă de granulaţiuni foarte fine, există mai ales împrejurul nucleului şi sunt probabil de natură lipoidă. Ele există şi în celulele vii.

Există şi granulaţiuni pigmentare ce nu sunt modificate de diferite stări nocive.

Nu se poate afirma existenţa centrosomelor la animalele adulte.

Boule (6) consacră o lucrare neurofibrilelor la „lumbricus".

Fibrilele formează la acest animal o rețea cu ochiuri mari în corpul celulei pe când în axon rămân independente. Nu există nici odată o anastomosă între două celule prin prelungiri sau fibrile.

Capparelli (7) găsește că celulele fenestrate se găsesc nu numai în ganglionii spinali ci și în măduvă. Fenestrarea interesează nu numai baza dentritelor ci întreaga lor suprafață, precum și corpul celulei.

Legendre (8) comunică Societății de Biologie cercetările sale asupra unor granulațiuni osmiofile în celulele nervoase, la *Helix-pomatia*. E vorba de granulațiuni dispuse în mod concentric împrejurul nucleului, colorându-se cu acid osmic nu însă și cu sudan, disolvându-se în xilol, toluol, cloroform disolvanți ai grăsimilor și locul lor fiind indicat atunci de niște mici vacuole ce dau celulei un aspect spongios. Granulațiunile acestea sunt constante. Rolul lor nu poate fi încă precizat. Nu pot avea însă o funcțiune mielinizatoare de oare-ce nervii ce pleacă din ganglionii numitului animal sunt amielinici.

Collin (9) insistă asupra marei variabilități volumetrice a nucleolului la cobai și asupra variabilității tot așa de însemnată din punct de vedere morfologic a nucleului, și conținutului său conchizând că nucleul în întregimea lui trebue să aibe în metabolismul celulei nervoase un rol mult mai însemnat de-cât acela ce i s'a atribuit până acum. In plus aceste constatări trebue să facă pe cercetători circumspecți în interpretarea rezultatelor experimentale cu privire la aparatul nucleolar.

Cutore (10) studiază celulele motrice spinale la broasca țestoasă în timpul hibernațiunei găsind diminuarea volumetrică până aproape de dispariție a corpusculelor lui Nissl, dispariția fibrilelor lungi de la periferia corpului celular și formațiunea unor vacuole mari la periferia celulei vacuole cu o fină rețea fibrilară și mărginite la exterior de o masă rigidă. Aceste formațiuni vacuolare ar fi caracteristice hibernațiunei.

Apathy (11) contestă ideile lui Cajal, relativ la diversele modificări ce încearcă neurofibrilele în diferite împrejurări și admite că ele formează o rețea complicată și anastomozată în organismul întreg și că nu reprezintă niște simple organe celulare.

Cercetările lui Caj'al (12) el însu-și însă n'a putut conduce nici odată la găsirea acestei difuze rețele fibrilare. In plus autorul adaogă, că în diferitele institute din Germania în cari s'au susținut teoriile antineuroniste nu i s'au putut arăta preparate în cari să se vadă fapte ce infirmă independenţa elementelor nervoase, iar atunci când i s'au arătat preparatele erau departe de a fi convingătoare.

Retzius (13) admite de asemenea că teoria neuronului a eşit triumfătoare.

Cajal (14) studiează dezvoltarea cilindrilor axili şi stabileşte faptele următoare: Fibrele nervoase embrionare sunt rezultatul creşterei mai departe a prelungirei principale a neuroblastelor lui His. Reţeaua neurofibrilară se diferenţiază şi e deja colorabilă în stadiul de neuroblaste. Această reţea se dezvoltă în direcţia centrifugă dând naştere cilindrului axil. Acesta se termină printr'o extremitate îngroşată ce pătrunde printre interstiţiile celulare. In afară de fibrile, cilindrul axil şi bula sa terminală, mai posedă o protoplasmă necolorată şi o membrană limitantă.

Anastomozele descrise de Held între neuroblaste sunt fenomene artificiale sau monştruozităţi şi chiar dacă ele ar exista la început, lipsesc în tot cazul de la a 5-a zi a dezvoltărei la puiul de găină.

In ce priveşte dirigearea extremităţei cilindrului axil către organul pentru care e destinat, autorul crede că s'ar face printr'un proces secretoriu din partea miotomelor, epiteliilor sau celulelor nervoase însăşi, proces care ar determina o mişcare amiboidă a bulei de creştere.

Brock (15) studiează dezvoltarea neurofibrilor la un embrion uman de 14 m. m. In celulele coarnelor anterioare, neurofibrilele nu se văd încă; din contră ele există sub diferitele lor forme în celulele ganglionilor spinali.

In ce priveşte celulele coarnelor anterioare fibrilele apar deci mai târziu. Fibrilaţiunea se face mai întâi în dendrite. Chiar spre sfârşitul vieţei fetale există încă o deosebire marcată între celulele ganglionilor spinali şi cele din coarnele anterioare, fasciculele fibrilare găsindu-se în ultimele numai la periferie pe când restul celulei e ocupat numai de o reţea de fibrile.

In celulele cordonale dezvoltarea e încă şi mai tardivă de cât în cele motrice radiculare.

Pesker (16) a studiat de asemenea dezvoltarea neurofibrilelor la şoaricele alb.

Schmidt (17) studiind dezvoltarea neurofibrilelor găseşte că primile fibrile ce apar sunt acele ale celulelor radiculare sensitive şi motrice fapt ce concordă cu mielinizarea timpurie a nervilor periferici și cu dezvoltarea funcțională a sistemului nervos la embrion, a cărei prime manifestări sunt reprezentate de reflexe simple.

Botezat (18) consacră o comunicare diferitelor terminațiuni nervoase intraepiteliale la mamifere.

Bikeles (19) studiează cu metoda lui Nissl măduva spinărei la un animal care suferise secțiunea medianului și cubitalului de ambele părți, de o parte porțiunea periferică a nervilor secționați fiind grefată pe radialul intact, de alta fiind anastomozată cap la cap cu radialul secționat și el. După mai multe luni de la operație a rezecat 6 centimetri din nerv cu 3 cm. mai jos de locul grefei și suturei și în fine a sacrificat animalul după 28 zile. De partea suturei cap la cap, a găsit reacțiunea la distanță în celulele de origină ale radialului. De partea grefei simple acestea erau normale. Reese că din punct de vedere terapeutic, pentru tratamentul paraliziilor suturile cap la cap sunt superioare grefei simple.

Deineka (20) studiază efectele variațiunilor de temperatură asupra regenerărei nervilor secționați. La animalele ținute la temperatură de 30° procesele regenerative se fac mult mai repede putând prezenta un stadiu ce nu se observa la animalele ținute la temperatura camerei de cât cu 5—6 zile mai târziu.

Harrison (21) studiează regenerarea nervilor la broască ajungând la concluzia că autoregenerarea nu există ci procesul de regenerare se face prin intermediul celulei nervoase.

Banchi (22) transplantând extremități tinere la alte animale găsește că fibrele nervoase din acele extremități continuă a se dezvolta mai departe fără a se pune în raport cu sistemul nervos al animalului pe care se transplantează.

Fragnito (23) crede de asemenea că concluziile lui Cajal relative la formarea timpurie a fibrilelor în celulele ganglionare în stadiul lor de neuroblast sau preneuroblast ar fi inexacte și bazate pe o tehnică defectuoasă.

Yamada (24) studiind măduva spinărei după secțiunea transversală găsește un proces regenerativ care nu poate însă ajunge la restabilirea funcțiunei. Marinescu în cercetări anterioare ajunsese la aceiași concluzie generală.

D-l Profesor Marinescu (25) consacră mai multe lucrări studiului celulei nervoase.

Continuând cercetările sale asupra grefelor ganglionilor spinali constată împreună cu Minea că celulele acestora își conservă încă vitalitatea şi puterea de a emite expansiuni până la 2 ore după moarte.

Nu mai puţin interesantă e o altă comunicare a autorilor relativ la grefele ganglionare la animalele lipsite de aparatul tiroparatiroidian. In aceste împrejurări se vede că apariţiunea leziunilor, moartea şi fagocitoza celulelor necrozate sânt întârziate. Prin urmare zic autorii substanţa activă a aparatului tiroparatiroidian exercită o acţiune stimulantă asupra proceselor histologice cari au loc în ganglionii grefaţi şi activează neuronofagia.

Autorul studiează efectele injecţiunilor intraganglionare de soluţiuni iper şi ipotonice găsind în ultimele, tumefacţiunea celulelor, desintegrarea corpusculilor cromatici etc., pe când în prima serie de experienţe, efectele sunt opuse.

Acelaş autor fie singur, fie în colaboraţie cu Minea, studiează modificările celulei nervoase în intoxicaţiunea cu stricnină combinată cu inaniţia, în urma compresiunilor sau altor traumatisme experimentale sau patologice găsind alteraţiuni variate, în amănuntele cărora ar fi prea lung să intrăm dar din care reese ca un fapt general marea plasticitate de care se bucură celula nervoasă.

Marinescu şi Minea studiează de asemenea alteraţiunile celulelor nervoase în urma injecţiunilor de bilă demonstrând că aceasta produce alteraţiuni profunde ale celulelor.

Lassagna (26) studiează alteraţiunile celulei nervoase în urma variaţiunilor de temperatură găsind modificări ce n'au nimic de specific pentru aceşti factori.

Legendre şi Pieron (27) studiează topografia alteraţiunilor nervoase consecutive insomniei experimentale la câine, găsind că ganglionii, măduva şi bulbul rămân nealterate. Alteraţiunile de ordine mai cu seamă cromatolitică sunt puţin însemnate în cerebel, fiind din contra manifeste în creer unde predomină în lobul frontal, pe când cel occipital li s'a părut normal.

Gourerevitch (28) consacră o lucrare studiului neurofibrilelor. Autorul infirmă ideile lui Nissl şi Bethe cari cred că în funcţiunile nervoase celula joacă un rol secundar confirmând din contră teoria neuronului. Crede că metoda care permite a judeca mai bine diferitele modificări ale neurofibrilelor e aceea a lui Donagio făcând din contra rezerve relativ la concluziunile scoase din cercetările cu metoda lui Cajal.

Neurofibrilele se bucură de o mare rezistenţă — după autor —

căci nici intoxicaţiunea cu stricnină sau toxină tetanică nici inaniţia, nici aceşti factori combinaţi nu le influenţează în mod însemnat.

Ele sunt îngroşate în intoxicaţiunea cu plumb. Anemia prin compresiunea aortei abdominale de asemenea determină alteraţiunea lor.

In starea actuală a ştiinţei nu se poate stabili un raport sigur între diferite turburări nervoase şi anumite modificări neurofibrilare, nici existenţa unor leziuni particulare pentru cutare sau cutare stare patologică.

Spielmeyer (29) studiează efectele anesteziei prin stovaină în injecţii intrarachidiene asupra măduvei spinărei. Când doza injectată nu trece de 0.12 centigrame nu se observă alteraţiuni caracteristice, din contră în trei cazuri în cari injecţiunea a atins această doză se observă alteraţiuni ale celulelor din coarnele anterioare constând mai ales în cromatoliză şi desintegrare fibrilară perinucleară. Autorul e dispus să considere aceste leziuni ca secundare alteraţiunilor fibrelor nervoase.

Wossidlo (30) studiază experimental acţiunea diverşilor anestezici locali (stovaina, alypină, novocaină, tropococaină), asupra măduvei spinărei găsind alteraţiuni sigure care sunt mai intense în vecinătatea locului injecţiunei şi descresc cu cât ne depărtăm de acest loc. Celulele bulbare n'au fost găsite alterate chiar când animalele au sucombat în urma injecţiunei intrarachidiene. Celulele cele mai alterate sunt acelea ale coarnelor posterioare şi mai puţin ale celor anterioare. După o oră de la injecţie nu se mai văd în cornul posterior celule colorabile cu metoda lui Nissl cel puţin în apropiere de locul injecţiei. Dar alteraţiunile, constând în tumefiarea celulelor şi nucleului, desintegrarea granulară este trecătoare. Restaurarea începe deja după 2 ore fiind aproape complectă după 24 ore.

Wladicko (31) studiează modificările neurofibrilare în intoxicaţiunea acută şi cronică cu arsenic şi fosfor găsind că primul corp produce modificări însemnate constând în ipertrofia fibrilelor, îngroşarea lor fusiformă, în fragmentaţiunea şi chiar reducerea lor la o stare pulverulentă. Atât intoxicaţiunea acută cât şi cea cronică determină alteraţiuni neurofibrilare.

Intru cât priveşte fosforul, modificările nu se produc de cât în intoxicaţiunea cronică şi sunt în funcţiune de doză şi durata intoxicaţiunei. Alteraţiunile sunt asemănătoare cu cele datorite intoxicaţiei arsenicale exceptând îngroşarea fusiformă a fibrilelor care nu se observă sub influenţa fosforului.

Guilain şi Lagy (32) au studiat efectele intoxicaţiunei experimentale cu tutun găsind alteraţiuni ale celulelor cerebrale constând în cromatoliză, vacuolare a celulei nervoase, dispariţia prelungirilor, homogeneizarea nucleului, etc.

Claude şi Renaud (33) în infecţiunea experimentală cu tripanosomul durinei, găsesc alteraţiuni ale celulelor şi fibrelor nervoase fără urme de leziuni inflamatorii.

Collins et Martland (34) găsesc alteraţiuni cu caracterul leziunilor secundare în intoxicaţiunea experimentală cu cianură depotasiu.

Shima (35) găseşte că adrenalina determină alteraţiuni ale centrilor nervoşi, celulele devenind sbârcite, dendritele învârtindu-se în „tirebouchon“, vasele fiind sclerozate şi infiltrate de celule plasmatice. Există şi emoragii interstiţiale.

Reichlin (36) combate cercetările lui Montessano asupra prezenţei celulelor plasmatice în piamater şi împrejurul vaselor cerebrale la animalele intoxicate în mod cronic cu alcool. Autorul e de părere că aceste alteraţiuni nu sunt în raport direct cu alcoolismul căci patologia umană nu le confirmă.

Montessano (37) reluând însă cercetările în mod experimental regăseşte aceste alteraţiuni în majoritatea cazurilor şi crede că ele nu pot fi întâmplătoare, ci datorite intoxicaţiunei alcoolice.

D-l Prof. Marinescu (38) studiind neurotizarea focarelor de ramoliţie găseşte că regenerarea fibrelor nervoase în leziunile cu focare distructive constitue o eventualitate foarte frequentă în creer şi fenomenul acesta e comun în focarele de ramoliţie.

Esposite (39) studiază cu metoda prin impregnaţiune argentică ganglionii spinali în 4 cazuri, 2 de pelagră, unul de demenţă paranoidă, altul de melancolie cu arterioscloroză.

Autorul crede foarte probabil că, în morfologia ganglionilor spinali, există variaţiuni individuale independente de vârsta sau de starea de boală. Ast-fel un individ mai tânăr poate prezenta un număr mai mare de celule fenestrate de cât un altul mai bătrân.

Celulele sfâşiate reprezintă pentru autor un tip senil deşi se pot întâlni şi în stări patologice. Dar expresiunea obicinuită a boalelor grave constă în desagregaţiunea corpului celular, pierderea prelungirilor etc.

Formaţiunile fenestrate sunt formate după el pe contul dentritelor nu al corpului celular. Celulele capsulare nu par după autor a influenţa în mod însemnat morfologia celuleor ganglionare.

Gilbert Ballet şi **Laignel Lavastine** (40) găsesc într'un caz de miopatie o refracţie şi o atrofie a celulelor coarnelor anterioare considerând aceste alteraţiuni ca consecutive leziunilor musculare. In plus au găsit o rarefacţie a fibrelor mielinice tangenţiale. Bolnavul prezintă şi o stare de debilitate mentală care trebue apropiată de constatarea precedentă.

Amand Dellile şi **Bondet** (41) studiind anatomopatologiceşte un caz de amiotrofie **Werding-Hoffman** găsesc cromatoliza, atrofie sau absenţa celulelor radiculare ale coarnelor anterioare. Cordoanele, meningele, vasele nu erau alterate.

Rodewaldt (42) descrie alteraţiunile centrilor nervoşi în 2 cazuri de beriberi. Alteraţiunile au în genere caracterul celor secundare leziunilor cilindrului axil.

La o morfinomană cu artrite deformante multiple **Schütz** (43) găseşte cu metoda lui **Marchi** şi aceea a lui **Weigert-Pal** degenerescenţa cordoanelor posterioare şi laterale, mici zone de scleroză diseminată precum şi leziuni degenerative ale nervilor şi rădăcinilor.

Nogeotte şi **Kindberg** (44) descriu alteraţiunile interesante şi curioase întâlnite de ei într'un caz de idioţie familială cu atrofie cerebeloasă şi degenerescenţe cordonale ale măduvei. Dendritele celulelor lui **Purkinje** sunt coborîte şi prezintă pe traectul lor nodozităţi de volum variabil şi conţinând în interior nişte granulaţiuni ce iau cu acidul osmic un aspect refringent fără a se înegri, altele sunt argentofile iar unele prind colorile de anilină. In aceleaşi nodozităţi se mai văd sferule constituite dintr'un perete lamelos cu straturi concentrice şi conţinând în interior o cavitate plină cu granulaţiuni. Nodozităţile sunt punctul de implantare a unui mare număr de ramificaţiuni.

Natura leziunilor rămâne necunoscută, autorul emiţând ipoteza unei turburări distrofice sau a unui parasitism. Intr'a doua comunicare descriu formaţiuni fusiforme pe traectul cilindrilor axili ai celulelor lui **Purkinje**. La nivelul lor cilindrul axil poate înceta formându-se în schimb colaterale îngroşate ce se urcă din nou spre celulele lui **Purkinje**, formând ast-fel un circuit vicios ce pune în afară de funcţiunea normală, unele celule.

Laignel Lavastine (45) studiază plexul solar la tuberculoşi găsind alteraţiuni variate ca tuberculi, inflamaţiune acută, atrofie pigmentară, leziuni celulare toxice acute etc.

Lucrări asupra anatomiei centrilor nervoşi (creer, cerebel, pedunculi, protuberanţă, bulb, măduva spinărei. Ganglionii spinali şi simpatici).

a) Cercetări asupra anatomiei cerebrale.

Apelt (46) studiază greutatea şi volumul creerului în raport cu capacitatea craniană găsind o mărire de volum în 80°/₀ din cazurile de boale infecţioase, în uremie, tumori cerebrale etc.

Wanacke (47), Rübel (48), Donaldson (49) Hatai (50) consacră de asemenea lucrări studiului greutăţei cerebrale la om sau la animale.

Brodmann (51) în studiile sale relative la grosimea scoarţei cerebrale găseşte că aceasta variază, chiar în starea normală între 1, 5 şi 4, 5 milimetrii. Variaţiunile acestea sunt în funcţiune de structură. Regiunile cu citoarhitectonică deosebită, putând a se deosebi mult unele de altele. Dar există oscilaţiuni şi în diferitele părţi a unei aceleiaşi regiuni citoarhitectonice. Aceste din urmă oscilaţiuni sunt însă puţin însemnate.

Flechsig (52) ale cărui lucrări asupra centrilor de proecţie şi de asociaţie se bucură de un renume universal, studiază sfera acustică cerebrală găsind că circomvoluţiunea transversă superioară a lobului temporal, reprezintă partea cea mai superioară a sistemului de proiecţiune acustic în raport cu nervul coclear şi canalele semicirculare interne.

Van Valkenberg (53) pe baza unui caz de ramoliţie cerebrală, studiat pe secţiuni seriate, conchide că radiaţiunile optice geniculocorticale în porţiunea lor occipitală, se limitează la fasciculul longitudinal inferior.

Zancla (54) a putut urmări fibre degenerate în pedunculul de partea opusă într'un caz de leziune corticală unilaterală şi pe baza acestui fapt admite că unele fibre ale fasciculului piramidal trec în emisferul opus prin corpul calos.

Reicher (55) descrie pe baza unui caz personal şi a câtor-va cazuri din literatură un fascicul omolateral legând insula şi operculul rolandic cu nucleii motori cranieni. Fasciculul acesta ar fi alipit când de panglica lui Reil când de fasciculul piramidal.

Duckworth (56) studiază suprafaţa mai multor creeri de australieni, din muzeul din Cambridge, găsind-o în cinci cazuri la fel cu aceia a europenilor; în alte cinci se apropie mai mult de aceea a maimuţelor; in trei cazuri prezintă tipul fetal, iar în alte trei acela al negrilor, într'un caz în fine se aseamănă cu un creer de microcefal. Hemisferul drept e mai desvoltat ca cel stâng şi creerul bărbaţilor mai desvoltat de cât acela al femeilor.

Schuster (57) descrie în mod amănunţit şi figurează creerul a trei chinezi. Nu cunoaştem însă amănuntele acestei lucrări şi ne mulţumim a o semnala celor ce se interesează de variaţiunile morfologiei cerebrale la diferitele tipuri umane.

Horsley (58) dă o descripţiune amănunţită a creerului matematicianului Babbage, insistând asupra extra-ordinarei simetrii ce prezintă acest organ, ceia-ce ar fi pentru celebrul chirurg englez în raport cu superioritatea intelectuală. Centrii vorbirii erau foarte desvoltaţi faţă de centrii sensoriali.

Kohlbruge (59) consacră un studiu variaţiunilor morfologice a creerului maimuţelor şi aceluia al omului. Reese din cercetările lui, că nu e posibil a distinge la maimuţele vechiului continent creerul unei specii de acela al altei specii.

Comparând greutatea creerului europenilor cu acela al altor popoare, găseşte popoare cu creer greu şi altele cu creer uşor, dar adaogă că nu există un raport între inteligenţă şi greutate. De asemenea nu e posibil de spus după simpla morfologie cerebrală dacă un creer dat a aparţinut unui geniu sau unui prost.

Există o deosebire apreciabilă între emisferul stâng şi cel drept, în acesta din urmă lobul parietal fiind mai larg şi posedând mai multe circomvoluţii accesorii ca cel stâng. Variabilitatea circomvoluţiunilor nu permite după opiniunea autorului de a se vorbi de atavisme, anomalii, modificări progresive sau regresive.

Un număr de 60—70 creeri e necesar pentru a putea găsi toate variaţiunile posibile.

Variaţiunile existente la o rasă se pot găsi şi la alte rase şi nu se poate vorbi spre exemplu de un creer al europenilor şi de un altul al australienilor.

Diferitele sulcuri cerebrale ale omului se pot pune în legătură cu cele ce există la maimuţe.

Primele sghiaburi sunt toate dispuse in mod radiar fără să se poată spune cauza acestei dispoziţiuni.

Haller (60) a consacrat de asemenea o importantă lucrare anatomiei comparate a creerului verterbratelor.

Motto şi Kelley, (61) consacră o lucrare citoarhitectonicei creerului lemurului. Diferitele câmpuri cerebrale au o structură caracteristică. Ast-fel zona motrice este caracterizată prin prezenţa celulelor piramidale gigante ale lui Betz, stratul granulos nu e bine reprezentat. Acesta din contră are o desvoltare importantă în zonele sensitive.

Sfera vizuală e caractirizată prin stria lui Gennari şi marile celule solitare, etc. Intre diversele zone, se văd însă în genere porţiuni de transiţie cu structura mai puţin caracteristică. Pentru mai multe amănunte a se vedea originalul.

Maus (62) studiază structura creerului la maimuţele inferioare din punctul de vedere al dispoziţiunei fibrelor ajungând să impartă scoarţa cerebrală a acestor animale, din acest punct de vedere în 31 câmpuri diferite, cari la rândul lor se grupează în 7 grupuri „mielotectonice“ principale.

Există o analogie între mieloarhitectonia cerebrală găsită de autor şi citoarhitectonia studiată de Brodmann.

Landau (93) ne dă o amănunţită descriere a creerului felinelor, Găseşte între altele o mare asemănare între creerul diferiţilor representanţi ai acestui gen, aşa încât creerul celui mai mare din reprezentanţii lui, nu pare a fi decât creerul mărit al pisicei domestice. De asemenea creerul felinelor se aseamănă mult cu al cânelui şi al animalelor din genul lui.

Ziehen (64) studiază în mod amănunţit mersul fibrelor în creerul monotremelor şi marsupialelor.

Printre autorii cari au mai consacrat studii anatomiei comparate a centrilor nervoşi mai putem cita pe Hatschek (65), Rawtz (66), Hirsch Tabor (67); Kapper şi Theünisen (68). Ne mărginim a semnala aceste lucrări, acelora pentru cari ele ar putea prezenta un interes deosebit.

b) Studii asupra cerebelului, pedunculilor, protuberanţei şi bulbului.

Long şi Ronssy (69) studiază pe baza unui caz de leziune în focar degenerescenţele secundare descendente ale formaţiunei reticulare la om, consecutive leziunilor calotei peduncularé.

Autorii clasează fibrele degenerate în directe şi indirecte.

Primele coprind: 1) braţul tuberculilor quadrigemeni anterior şi posterior şi fibrele căilor acustice centrale în conexiune cu nucleul superior al panglicei lui Reil laterală, 2) fasciculul longitudinal posterior, 3) fasciculul central al calotei.

Ultimele coprind: 1) fibrele încrucişate de la partea internă a formaţiunei reticulate a calotei protuberanţiale, 2) calea centrală a trigemenului, 3) fibrele fasciculului lateral al bulbului, 4) încrucişarea superioară sau sensitivă a bulbului. In fine mai studiază degenerescenţele directe şi încrucişate a unor fibre diseminate.

Vom rezuma aci principalele date ce rees din acest memoriu, trimeţând la original pe doritorii de mai multe amănunte.

In afară de sistemul de fibre al braţului tuberculului quadrigemen posterior propriu zis, legând tuberculul quadrigemen posterior, cu corpul geniculat intern, există încă un important contingent de fibre ce aparţin probabil ca şi acesta din urmă căei acustice centrale. Terminaţiunea inferioară a acestor fibre, corespunde nucleului superior al lui Reil lateral. Conexiunile lor superioare sunt necunoscute.

Fibrele fasciculului longitudinal posterior, provin nu numai din nucleul lui Darkschewitsch, ci şi din substanţa reticulată a calotei pedunculare. Fibrele ce provin din partea superioară a calotei nu ating regiunea umflăturei cervicale.

Origina fibrelor fasciculului central al calotei rămâne încă discutabilă. Terminaţiunea lor inferioară se face însă în oliva bulbară şi nucleii juxtaolivari intern şi mai ales extern.

In partea internă a formaţiunei reticulare a calotei protuberanţei de partea opusă leziunei există un mic fascicul ce apare dedesubtul comisurei lui Werneking şi se epuizează în regiunea bulbo-protuberanţială.

Aceste fibre reprezintă probabil sau ramura descendentă a pedunculului cerebelos superior, sau un sistem descendent provenind din tuberculul quadrigemen anterior din partea opusă sau din formaţiunea reticulată a calotei pedunculare.

Există de asemenea o cale centrală încrucişată ce leagă panglica lui Reil, mediană şi substanţa reticulată vecină cu nucleul sensitiv protuberanţial de partea opusă.

Origina fibrelor fasciculului lateral al bulbului e în celulele situate în regiunea subtalamică şi a nucleului roşu de partea opusă. Ele se termină în nuclei situaţi la diferite niveluri între fibrele acestui fascicul şi nu ajung în măduva cervicală. In încrucişarea sensitivă a bulbului pe lângă fibrele venind din nucleii cordoanelor posterioare există şi fibre ce reprezintă căile centrale ale nucleilor nervilor sensitivi cranieni.

Intr'un caz de distrucţiune a olivei bulbare printr'un tubercul.

Monro și Findlay (70) n'au găsit decât un mic număr de fibre olivo-cerebeloase degenerate. Din această cauză admit că legătura dintre cerebel și olivă se face mai ales prin fibre descendente cerebelo-olivare.

Holmes și Stewart (71) studiind și ei chestiunea conexiunilor olivo-cerebeloase ajung însă la concluzia contrarie. Distrucțiunile diferitelor părți din cerebel produc reacțiunea la distanță în celulele olivei de partea opusă. Fibrele olivo-cerebeloase se termină mai ales în scoarța vermisului și emisferelor cerebeloase. Există în plus o legătură constantă între anumite părți din cerebel și anumite porțiuni din oliva partea internă a olivei și paraoliva sunt în conexiuni cu zone mai interne din cerebel, partea externă a olivei cu zone cerebeloase mai externe.

Foița dorsală a olivei e în raport cu fața superioară a cerebelului iar cea ventrală cu fața inferioară.

Zingerle (72) studiază nucleii arciformi în mai multe cazuri de turburări de desvoltare a sistemului nervos central, găsind atrofia lor și a fibrelor arciforme ventrale numai în opririle în desvoltare ale cerebelului.

Conchide prin urmare că acești nuclei sunt în relațiune cu cerebelul.

Consideră acești nuclei ca niște porțiuni desprinse din nucleii protuberanțiali și cari sunt cu cerebelul, în acelaș raport ca nucleii pontici prin fibrele transversale ale protuberanței.

De asemenea ca și nucleii pontici, nucleii arciformi par a avea și oare-cari raporturi cu creerul mare.

Mahaim (73) reia chestiunea dacă rădăcina superioară a trigemenului e sensitivă sau motrice, ajungând la ultima soluție caci după ruperea sau secțiunea ei se observă o degenerescență descendentă a acestei rădăcini. In plus celulele veziculoase de partea homonimă prezintă fenomenul reacțiunei la distanță ceia-ce arată că ele reprezintă origina reală a acelei rădăcini. Celulele de partea opusă nu reacționează, prin urmare rădăcina superioară a trigemenului nu conține fibre încrucișate.

Bazați pe cercetări experimentale Kohnstamm și Quensel (74) admit că nucleul „locis coerulei" aparține nucleilor sensitivi ai trigemenului.

Hudovernig (75) consacră două interesante lucrări anatomiei microscopice a nucleilor pneumogastricului și facialului descriind forma, dimensiunile lor și împărțirea lor în grupuri celulare în cari pe baza unor fapte anatomo-patologice stabilește localizări. Lucrarea va fi consultată cu folos de toți cei ce se interesează de această interesantă chestiune de anatomie microscopică.

Fără a intra prea mult în amănuntele acestor lucrări vom spune numai că autorul consideră nucleul dorsal al pneumogastricului ca un nucleu mixt, opiniune ce nu poate fi admisă fără rezerve după cercetările d-lui Prof. Marinescu și ale lui Van Gehuchten, Kosaka și Jagita etc.

De asemenea crede a putea localiza în nucleul ambiguu nu numai laringeul superior (fibrele motrice) ci și centrul motor al esofagului, stomacului și pulmonilor opiniune pe care de asemenea n'o putem împărtăși fără rezerve în urma cercetărilor noastre personale făcute în colaborare cu d-l Prof. Marinescu și a acelora ale lui Kosaka și Yagita.

Relativ la nucleul facialului, autorul distinge grupuri dorsale și grupuri ventrale, ceea-ce concordă cu cercetările mele anterioare. In primele sunt localizați centrii mușchilor inervați de ramura temporo-facială, iar în ultimele ai acelora inervați de ramura cervico-facială ceea-ce este cred, cel puțin în mare parte în raport cu realitatea faptelor. Fibrele ce inervă frontalul și orbicularul pleoapelor (facialul superior) es din primul grup dorsal. Această concluzie concordă perfect cu rezultatul cercetărilor mele personale făcute în colaborație cu Nădejde și Minea.

Blumenau (76) a găsit într'un caz de nevrită a pneumogastricului reacțiunea la distanță și într'un grup celular situat în afară de nucleul ambiguu și e înclinat a-l atribui pneumogastricului motor. Grupul acesta pare a corespunde cu acela în care în urma cercetărilor noastre experimentale d-l Prof. Marinescu și eu însumi și mai de curând Kosaka și Yagita l'am atribuit inervațiunei motrice a cordului.

Bruce și Pirie (77) studiează nucleii bulbo-protuberanțiali într'un caz de paralizie facială complectă ajungând la concluzia că nucleul motorului ocular comun și al ipoglosului nu dau fibre facialului. Toate fibrele acestui nerv es din nucleul propriu zis al perechei a VII-a homolaterală. Facialul superior ese probabil din partea dorsală a nucleului. Micul grup din vecinătatea nucleului motorului ocular extern, aparține tot facialului.

Concluziunile acestea concordă în punctele esențiale cu cele la cari am fost condus eu însumi în cercetările mele anterioare și în special în lucrarea ce am publicat împreună cu Nădejde în această revistă asupra facialului superior.

c) Cercetări asupra măduvei spinărei

Jacobsohn (78) consacră o interesantă descripțiune substanței cenușii a măduvei spinărei descriind dispozițiunea celulelor la diferite niveluri.

Fără a urmări pe autor în toate amănuntele acestei lucrări, vom spune numai că el distinge celule ce se dispun în grupuri și altele ce nu se dispun ast-fel.

Celulele dispuse în grupuri coprind: 1. Nucleii motori în cari distinge o coloană mediană și o coloană laterală. Prima se găsește pe toată întinderea măduvei, pe când ultima e întreruptă în regiunea dorsală. Coloana mediană e bine reprezentată în mielotomele C^3 și C^4, C^8—D^3, D^{11}—L^2 S^3 și S^4.

2. Nucleii simpatici formează o coloană laterală reprezentată în măduva dorsală și lombară superioară, precum și în cea sacrată și o coloană mediană reprezentată în măduva sacrată.

3. Nucleii magnocelulari: *a)* basal sau spino-cerebelar, reprezentat de coloana lui Clarke. *b)* Magnocelular central se găsește în capul cornului posterior mult desvoltat în regiunea sacrală, mai puțin în cea cervicală și mai puțin încă în cea dorsală. *c)* Magnocelular pericornual ocupând periferia cornului posterior.

4. Nucleul sensitiv propriu reprezentat de substanța gelatinoasă a lui Rolando.

Intre aceste diferite grupe se dispun celulele împrăștiate în cari autorul distinge totuși un tractus celular medio-ventral, un altul medio-dorsal și un altul lateral inter-cornual.

Torata Sano (79) consacră o amănunțită lucrare substanței gelatinoase a lui Rolando, descriind dispozițiunea și proporțiile ei la diferite niveluri etc. In ceea-ce privește funcțiunile sale e înclinat să o pună în raport cu sistemul simpatic.

Kopczynski (80) consacră o lucrare rădăcinilor posterioare, găsind că după secțiunea lor nu se vede o reacțiune în celulele măduvei spinărei și că prin urmare în rădăcinele posterioare nu exista fibre centrifuge de origină spinală precum au crezut unii autori.

Fasciculul în virgulă al lui Schultze e constituit aproape exclusiv din fibre radiculare posterioare descendente. Fibrele radiculare nu merg de cât în cordonul posterior de aceiaşi parte. In unele cazuri autorul crede a fi putut urmări fibre din aceste cordoane ce ajungând la nucleii lor bulbari, trec fără întrerupere de partea opusă în panglica lui Reil.

Impreună cu d-l Prof. Marinescu (81) am studiat eu însumi origina reală ale fibrelor aferente ale ganglionului cervical superior, găsind-o într'un grup bine delimitat de celule ce amintesc prin structura lor pe acelea ale nucleului dorsal al pneumogastricului şi ocupând o poziţiune intermediară între cornul anterior şi cel posterior în sensul antero-posterior şi între canalul ependimar şi procesul reticulat în cel transversal în primul mielotom cervical.

d) Studii asupra ganglionilor spinali simpatici şi inervaţiunei viscerale

Dogiel (82) a consacrat o monografie de 150 pagini structurei ganglionilor spinali, descriind 18 tipuri, precum şi modul în care se comportă fibrele nervoase în aceste organe.

Van Gehuchten (83) studiează structura ganglionului lui Scarpa la omul adult găsindu-i o formă bipolară, prelungirea periferică mai grosolană, reprexentând o prelungire protoplasmatică, pe când cea centrală mai fină şi începând printr'un con reprezentând cilindrul axil.

Impreună cu d-l Profesor Marinescu (84) şi cu D-r. Goldstein, am studiat cu metoda lui Cajal chestiunea dacă ganglionul oftalmic aparţine simpaticului sau ganglionilor spinali. Contrariu celor ce am crezut a putea afirma altă dată pe baza cercetărilor făcute cu metoda lui Nissl, am ajuns astădată la concluziunea că acest ganglion aparţine simpaticului. Metoda lui Cajal arată într'adevăr că aceste celule sunt multipolare ca acelea ale ganglionilor simpatici.

D-l Prof. Marinescu (85) împreună cu Minea au găsit că în vecinătatea imediată a ganglionilor spinali puţin sub aceştia există nişte mici ganglioni vizibili bine mai cu seamă la microscop şi ale căror celule prezintă caracterele celor din ganglionii simpatici. De unde numele de ganglioni simpatici microscopici, hipospinali. Pentru a găsi aceşti ganglioni trebuesc ridicaţi ganglionii spinali împreună cu rădăcinile şi ţesutul grăsos ce-i înconjoară.

Mihaulow (86) descrie un plex nervos între miocard şi endocard, studiind terminaţiunile nervoase în aceste organe. De asemenea consacră o lucrare inervaţiunei simpatice a vezicei urinare şi 2 lucrări ganglionilor spinali, descriind diferitele forme celulare şi modurile de terminaţiune a ramificaţiunilor lor.

BIBLIOGRAFIE

(1) **Gălăşescu.** Coloration élective de la nevroglie. *C. R. de la Soc. de Biol.* Séance du 14 Nov. 1908, pag. 429.

(2) **Merzbacher.** Ein einfaches Verfahren zur Darstellung von Gliostrucktυren. *Journal für Psychologie und Neurologie.* Bd. XII, Heft. I, pag. 1.

(3) **Nageotte.** Technique rapide pour étudier les fibres à myéline des nerfs de la moelle et du cerveau (formol sulfaté, congélation, hémateine alunée), *C. R. de la Soc. Biol.* Séance du 7 Nov. 1908, pag. 409.

(4) **Rücker.** The Imear Method as a Meaus of the Rapid Diagnosis of Rabies vith a Report of Thirteen (canes. *The Journal of The American Med. Assoc.* Vot. IV, pag. 288.

(5) **Smalwood** and **Rogers.** The Molluscan Nerve Cells. Together With Summaries of Recent Literature on the Cytology of Intervertebrate Nerve Cells. *The Journal of Compar. Neurol.* Vol. XVIII, No. 1. pag. 45.

(6) **Boule.** L'imprégnation des élements nerveux du lombric par le nitrate d'argent. *Le Nevraxe.* Vol. IX, fasc. 3, pag. 313.

(7) **Capparelli.** Ueber die Strucktur der Zellen der Rückenmarkzentren der höheren Thiere. *Anat. Anzeiger.* Bd. XXXII, No. 19—20, pag. 462—472.

(8) **Legendre.** Granulations des cellules nerveuses d'Hélix décélables par l'acide osmique. *C. R. de la Soc. de Biol.* Séance du 5 Févrièr 1908, pag. 165.

(9) **Collin.** Variations volumetriques de l'appareil nucléolaire de la cellule nerveuse Somatochrome, à l'état normal chez le cobaye adulte. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 10, pag. 457, 1908.

(10) **Cutore.** La cellula nervosa secunda i piu recenti methodi di tecnica istologica. *Rivista italiana di Neuropathologia.* Vol. I, fasc. I, pag. 21—29.

(11) **Apathy.** Der Vergleich der Neurofibrillen mit Protoplasmaströmen oder Protoplasmafäden. *Folia Neurobiologica.* Bd. I, No. 2, pag. 289.

(12) **Cajal.** L'hypothèse de Mr. Apathy sur la continuité des cellules nerveuses entre elles. Réponse aux objections de cet auteur contre la doctrine neuronale. *Anat. Anzeiger.* Bd. XXXII, No. 16—19, pag. 418—448, et 468—493.

(13) **Retzius.** Principles of the Minute Structure of the Nervous System as Revealed by Recent Inverstigations. *Proced. of. The Royal Society.* S. B. Vol. 80, N. B.

(14) **Cajal.** Nouvelles observations sur l'évolution des Neuroblastes, avec quelques rémarques sur l'hypothèse neurogénétique de Hensen-Held. *Anat. Anzeiger.* Bd. XXXII, No. 1—4, pag. 1—25, 85—87.

(15) **Brock.** Weitere Untersuchungen über die Entwicklung der Neurofibrillen. *Monatschrift für Psychiatrie.* Bd. XXXIII, Heft. 5, pag. 390.

(16) **Pesker.** Zur Lehre von der Histogenese der Neurofibrillen. *Arch. für Mikroskop. Anat.* Bd. 71, Heft. 3, pag. 333.

(17) **Schmidt.** Über die Entwicklung der Neurofibrillen in Nerven system des Menschen. *Rundschau für Psychiatrie.* No. 2.

(18) **Botezat.** Nouvelles recherches sur les nerfs intra-épithéliaux. *C. R. de la Soc. de Biol.* pag. 763, No. 15.

(19) **Bikeles.** Rückenmarckbefunde, a) noch Nervenkreuzung und b) nach Nervenpropfung. *Neurol. Centrablatt.* No. 10, pag. 449.

(20) **Deineka.** L'influence de la température ambiante sur la régénération des fibres nerveuses. *Folia neurobiologica.* Bd. II, Heft. 1, pag. 13.

(21) **Harrison.** Regeneration of Peripheral Nerves. *The Anatomical Record.* No. 8, pag. 209.

(22) **Banchi.** Nouve osserrvazioni sullo sviluppo dei nervi periferici independentamente dai centri nervosi. *Monit. Zool. ital.* Anno 19, Nr. 6, 143—152.

(23) **Fragnito.** Ancora sulla genesi delle neurofibrille. *Anat. Anzeiger.* Bd. No. 13, pag. 314—319.

(24) **Jamada.** Experimentelle Beiträge zu den Rückenmarksverletzungen. *Mitt aus dem Med. Facult. d. k. jap. Mus. v. Tokyo,* VII, 355—604.

(25) **Marinesco** et **Minea.** Sur la survivance des cellules des ganglions spinaux greffées à différents intervalles après la mort. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 2, 1908. Note sur les changements morphologiques des cellules des ganglions greffés sur des animaux privés de leur appareil thyroparathyröidien. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 27, 1908, pag. 239.

Marinesco. Lésions des cellules nerveuses produites par les variations expérimentales de la pression osmotique, *Zeitsch. für Alg. Physiol.* Bd. VIII, Heft. 1, p. 121. Recherches expérimentalles et anatomo-pathologiques sur les cellules des ganglions spinaux et sympathiques. *Journal für Psychologie und Neurologie.* Bd. XIII. *Festschrift Forel.* p. 36. Lésions produites sur la cellule nerveuse par l'action directe des agents traumatiques.

Marinesco et Minea. Changements morphologiques des cellules nerveuses dans le mal de Pott. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 11. 1908, p. 512. Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les lésions consécutives à la compression et à l'écrasement des ganglions sensitifs. *Folia Neurobiologica.* No. 2, p. 155—156. Lésions des centres nerveux produites par l'injection locale de bile. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 9, p. 417. Lésions fines des cellules nerveuses produites par l'injection locale de bile. *L'Encephale.* No. 11, p. 411.

(26) **Lassagna.** Degli effetti della ipertermia e ipotermia sul reticulo-neurofibrillare della cellula nervosa di animali adulti. *Riv. di patol. nervosa e mentale.* Vol. XIII. fasc. 5.

(27) **Legendre** et **Pieron.** Distribution des altérations cellulaires du système nerveux dans l'insomnie expérimentale. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 22, p. 1102.

(28) **Gourewitch.** Zur Morphologie des fibrillären Apparates des nevenzellen im normalen und pathologischen Zustande. *Folia Neurobiologica.* Bd. II, No. 2 p. 197.

(29) **Spilmeyer.** Veränderungen des nervensystems nach Stovainanästhesie. *Münch. med. Woch.,* No. 31, p. 1629.

(30) **Wosidlo.** Experimentelle Untersuchungen über Veränderungen der Nisslschen granula bei der Lumbalanästhesie. *Arch. für kl. Chirurg.* Bd. 86, Heft. 4, p. 1017.

(31) **Wladiczko.** Modifications des neurofibrilles intracellulaires dans l'intoxication par l'arsenic et le phosphore. Kieff. 1908. Analysé par *Soukhanof in Revue Neurologique.* p. 791. 1908.

(32) **Guillain** et **Gy.** Les lésions des cellules nerveuses corticales dans l'intoxication tabagique expérim. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 36, p. 614.

(33) **Claude** et **Renaud.** Réactions organiques dans l'infection par le trypanosome de la dourine. *Presse méd.* No. 36, p. 281.

(34) **Collins** and **Martland.** Disease of the Primary Motor Neurones Causing the Chimical Picture of Acute Anterior Poliomyelitis, the Result of Poisoning by Cyanide of Potasium. A Clinical and Experimental Contribution to the Toxic Effects of Cyanide of Potasium upon The Peripheral Motor Neurones. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* Vol. 35, No. 7, p. 417.

(35) **Shima.** Exp. Untersuchungen über die wirkung des Adrenalins auf das Zentralnervensysten des Kaninches. *Arbeit aus d. Neurolog. Institut a. der Wiener Union* Bd. XIV, p. 492.

(36) **Reichlin.** Di un rapporto negative d'infiltrazione perivascolare nel sistema nervoso centrale di conigli alcoolizzati *Riv. Sperimentale di Freniatria.* Voll. XXXIV, fas. 1—2, p. 63.

(37) **Montessano.** Sub reperto dei plasmatociti nei centri nervosi di conigli intossicati con l'alcool. *Rivista Sperimentale di Freniatna.* Vol. XXXIV, fasc. 1—2, pag. 104.

(38) **Marinesco.** Sur la neurotisation des foyers de ramolisment et d'hémorragie cérébrale. *Revue Neurologique.* No. 1908. No. 24.

(39) **Esposito.** Rilievi di morfologia cellulare nei gangli spinali dell'uomo. *Riv. ital. di Neuropatologia.* Vol. I, fasc. 2, p. 65.

(40) **Gilbert Ballet** et **Laignel Lavastine.** Myopathie ancienne avec disposition de la plupart des cellules radiculaires antérieures. *L'Encephale.* Mars. 1908. No. 3.

(41) **Dellile** et **Boudet.** Lésions anatomiques de l'amyotrophie spinale diffuse des nouveaux-nés. *Arch. de méd. des enfants.* Janvier 1908.

(42) **Rodewraldt.** Pathologiche Anatomie des Nervenystems bei Beriberi. *Arch. für Schiffs-und Tropenhygiene.* Bd. XII. Beiheft 5, p. 31.

(43) **Schütz.** Anatomische Befunde an Rückenmark und Nerven bei einem Morphiniste. *Neurolog. Centralblat.* No. 4, p. 157.

(44) **Nageotte** et **Kindberg.** Lésions fines du cervelet. Nodosités des prolongements protoplasmatiques des cellules de Purkinje dans un cas d'idiotie familiale avec atrophie cérébelleuse et dégénération des cordons postérieurs, des faisceaux pyramidaux et des faisceaux cérébelleux directs. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 34, p. 517, 1908, II. Tuméfactiou fusiforme du cylindraxe des cellules de Purkinje. *C. R. Soc. de Biol.* No. 35, pag. 551, 1908.

(45) **Laignel Lavastine.** Anatomie pathologique du plexus solaire des tuberculeux. *Revue de Médecine.* No. 6, 1908, p. 515—525.

(46) **Apelt.** Der Wert der Schädelkapazität und wergleichenden Hirngewichts bestimmung für die inneremedizin und Neurologie *Deutsche Zeitsch, für Nervenheilkunde.* Bd. 35, Heft. 3—4. p. 306.

(47) **Warnacke.** Mitteilung neuer Gehirhund Körpergewichtsbestimmungen bei Säugern, nebst Zusammenstellung der gesamten bisher beobachten absoluten und relativen gehirngewichte bei den verschiedenen Spezies. *Journal für. Psychol und Neurol.* Bd. XIII. Festschrift Forel. p. 355.

(48) **Rübel.** Über das Gewicht der rechten und linken Groshirn Hemisphäre im gesunden und Kranken Zustand. *Teză.* Würzburg. 1908.

(49) **Donaldson.** The Weightt of the Braim as influenced by Nutrition or disease. *The Journal of. Nerv. and ment. Disease.* Vol. 35. p. 565.

(50) **Hatai.** Preliminary on the Size and condition of the Nervous System in Albinokats. Experimentally stundet. *Journal of. Compar. Neurol.* Vol. XVII, No. 2, p. 151.

(51) **Brodmann.** Über Rindenmessungen. *Zentralblatt für Nervenheilkunde.* Bd. 79. p. 78.

(52) **Flechsig.** Bemerkungen über die Hörsphöre des menschlichen Gehirn *Neurol. Centralbl.* No. 1—2 p. 2050.

(53) **Van Valkenberg.** Über das sagitale Mark zum Occipitalloppen. *Neurol. Centralbl.* p. 942.

(54) **Zanela.** Sulla decussaziona alcune fibre del fascio piramidale nel corpo calloso. *Riv. italiana di Neuropate* fasc. 4, Vol. I, 1908.

(55) **Reicher.** Zur Kenteiss der Scheinbar Abonnen Bündel im Ponsgebiete. *Neurol. Centralblat.* No. 9, p. 404.

(56) **Duckworth.** The Brain of Aboriginal Natives of Australia. *Journal of Anah. and Physiol.* Vol, XLII, p. 176. 271.

(57) **Schuster.** Descriptions of thee Chinese Brains etc. *The Journal of Anat. and Physiol.* Vol. XLII, Part. 4, p. 351, XLII, No. 1, p. 59.

(58) **Horsley.** Description of the Brains of Mr. Charles-Babbage. *Philosophical. Transactions of the Royal Soc. of London* S. B. Vol. 200, p. 117—131.

(59) **Kohlbrugge.** Untersuchungen über Grosshirnfurchen der Menschenrassen. *Zeitschr. für Morph. und Antrop.* Bd. XI, Heft 3, p. 596—609.

(60) **Haller.** Die phyletische Entfaltung der Grosshirnrinde. *Areh. für mikroskop. Anat.* Bd. 71, p. 350.

(61) **Mott et Kelley.** Complete Survey of the Cell Lamination of the cerebral cortex of the Lemur. *Proe of the Royal Soc. Ser. B.* Vol. 80, N. B. 543, Biol. Siences.

(62) **Mauss.** Die fassererchitektonische Gliederung der Groshirnrinde bei den niedereu Affen. *Journal für Psych. und Neurol.* Bd. XIII, Festsckift Forel, p. 263.

(63) **Landau.** Beitrag zur kenntniss der Katzenhirns. *Gegenbauers Morpholog. Jahrbuch,* Bd. 38, Heft 1—2, p. 1.

(64) **Ziehen.** Das Zentralnervensystem der Monotremen und Marsupiallen. *Denkschr. d. Med. naturer. Gesellschaft,* Jena, Bd. 6.

(65) **Hatschek.** Beitrag zur Trage der Menschenänlichkeit des Afels-Gehirn, *Anat. Anzeiger,* Bd. XXXII, No. 15—16, p. 389—394.

(66) **Rawitz.** Das Centralnervensystem der Cetaceèn. *Arch. f. Mikroscop. Anat.* Bd. 73 Heft I, p. 182.

(67) **Hirsch Tabor.** Über des *Gehirn von Proteus Anguinens. Arch. f. mikroscop. Anat.* Bd. 72, Heft 4, p. 719.

(68) **Kappers et Theunissen.** Die Phylogenese des Rhinencepalons, des corpus striatum und der Vorderhirnkommisuren, *Folia Neurobiologica.* Bd. I Heft II, p. 173—288. Weitere Mitteilungen über die Phylogenese des corpus striatum und des Thalamus, *Anat. Anzeiger.* Bd. XXXIII, No. 13—14, p. 321—336.

(69) **Long et Roussy.** Etude des dégénérescences secondaires descendantes de la formation reticulée chez l'homme consécutives aux lésions en foyer de la calotte pédonculare. *Revue Neurologique,* 1908, p. 757.

(70) **Monro** et **Findlay.** Notes of the Course of the Cerebello-olivary Fibres etc. *The Glasgor Med. Journ.* Vol. LXX, No. 1, July, p. 1.

(71) **Holmes** et **Stewart.** On the Connection of the Inferior Olives with the Cerebellum in Man. *Brain.* Vol. XXXI, p. 125.

(72) **Zingerle.** Über die Nuclei arciformes der Medula Oblongata. *Neurol. Centralblatt.* No. 5, p. 194.

(73) **Mahaim.** La portion motrice du trijumean. *Journal für Psych. und Neurol.* Bd. XIII, Festschuft Forel. p. 10.

(74) **Kohnstam** et **Quensel.** Studien zur Physiol. Anat. des Hirnstammes I. Der Nucleus loci coerulei als sensiblerkern des oberen Trigemenus Metamers. *Journal für Psyh. und Neurol.* Bd. XIII, p. 89.

(75) **Kudovernig.** Beiträge zur mikroscopischen Anatomie und zur Lokalisationslehre einiger Gehirnnewenkerne, Nervus hypoglossus, vagus und Facialis. *Journal für Psyh. und Neurol.* Bd. IX, p. 137, Bd. X, Heft 6, p. 247, Bd. IX, Heft 1—2, p. 26.

(76) **Blumenau.** Zur Frage über die Vaguskerne des Menschen. *Neurol. Centralblatt.* No. 14, p. 658.

(77) **Bruce** and **Pirie.** On the Origin of the facialnerve. *Review of Neurol. and Psychiatrie,* Vol. VI.

(78) **Jacobsohn.** Über die kerne des menschlichen Rückenmarkes. *Anat. Anzeiger.* Bd. XXXII, Ergänzungsheft, p. 297—303.

(79) **Torata Sano.** Vergleichend-anatomische und physiologische Untersuchungen über die Substantia gelatinosa des Hinterhorns. *Arb. ans der neurol. Institut ans der Wener univ.* Bd. XVII. p. 1.

(80) **Kopczynski.** Recherches expérimentales physiologiques et anatomiques sur les racines posterieures des nerfs spinaux. *Arb f. Biolog und med. Wiss.* Bd. III. Heft. 1—3, p. 99.

(81) **Marinesco** et **Parhon.** Sur l'origine spinale des fibres afférentes du ganglion cervical supérieur du grand Sympathique. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 19, 1908.

(82) **Dogiel.** Der Bau der Spinalganglien des Menschen und der Säugetiere. Jena. (Gr. Fischer).

(83) **Van Gehuchten.** Les cellules du ganglion de Scarpa chez l'homme adulte. *Le Nevraxe.* Vol. IX, fasc. 3, p. 277.

(84) **Marinesco, Parhon** et **Goldstein.** Sur la nature du ganglion ciliaire. *C. R. de la Soc. de Biol.* No. 2, 1908.

(85) **Marinesco** et **Minea.** Über die mikro-sympathischen, Hypospinalen Ganglien. *Neurol. Centralblatt.* No. 4, p. 146.

(86) **Michailow.** Die Nerven des Endocardiums. *Anat Anzeige,* Bd. XXXII, No. 3—4. Die Neurofibrillen der sympathischen ganglienzellen bei Säugetieren. *Folia Neurobiologica.* Bd. I, No. 5, p. 637.

Die feinere struktur der sympathischen Ganglien der Harnblase bei den Säugetieren. *Arch. f. mikroskopische Anat.* Bd. 72, Heft. 3, p. 554.

CERCETĂRI ORIGINALE

Dr. A. OBREGIA
Professeur à l'Université de Bucarest.

Le paranoïsme méta-paralytique

et méta-syphilitique

Nous proposons ce nom pour désigner une phase spéciale, qu'on peut déceler dans l'évolution d'une bonne partie des cas de paralysie générale. La justification de ce mot ressortira des lignes qui suivent.

Il est tout d'abord juste de rappeler qu'une grande série d'auteurs, à commencer par des traités assez anciens, et à finir par les ouvrages classiques da Magnan, Kraepelin, Ballet, Régis, Bianchi etc. parlent des idées paranoïques, ou de persécution, qui peuvent survenir dans certaines formes de paralysie générale, sans y attribuer une attention spéciale. Il résulterait plutôt qu'une partie des auteurs admettent l'existence d'une forme spéciale de la maladie paralytique.

Nous avons acquis une conviction différente. C'est que, en réalité, il ne s'agit pas d'une forme spéciale, mais bien d'une *phase particulière, qui s'intercale entre les autres phases de la paralysie générale et ceci n'importe dans laquelle des formes ordinairement décrites à cette maladie.*

La fréquence de l'apparition de cette phase de paranoïsme est d'approximativement un cinquième des cas de paralysie générale.

Conduisant depuis bientôt 16 ans le grand hospice d'aliénés près de Bucarest (Marcoutza), qui contient près de 950 malades, nous avons eu de très-fréquentes occasions de suivre toute l'évolution de la paralysie générale, depuis l'internement jusqu'à la dernière minute de la vie. Encore une partie de ces cas ont-ils été vus par nous, dans les familles, bien avant l'internement. En 1900 nous avons fait, comme prise de date, au congrès des sciences médicales de Jassy, une communication à ce sujet. Nous possédions alors une série de neuf observations confirmatives. Depuis lors leur nombre s'est considérablement accru; il est à présent de 38. (1) Il est vrai aussi que le nombre des malades de l'hospice est monté presqu'au double. Voici comment se présente cette phase de paranoïsme dans nos cas.

Nous prenons en considération la vraie paralysie générale (Dementia paralytica des auteurs allemands et italiens). Le terrain en est, comme on sait, dans la très-grande majorité des cas, syphilitique. La rachicentèse, avec cytodiagnostic positif (lymphocytose après centrifugation), a été toujours pratiquée pour confirmer le diagnostic clinique. Dans les dernières années nous y avons joint la réaction de Wassermann.

Le paranoïsme peut apparaître dans n'importe laquelle des formes de la paralysie, mais surtout dans la forme expansive, qui est du reste de beaucoup la plus fréquente.

Suivons attentivement le malade paralytique, au moment où la période d'état touche à sa fin, où l'agitation et les délires grandomaniaques sont réduits, presque éteints, où une amélioration de l'état general, ainsi que de l'état mental, se manifeste et donne l'espoir d'une rémission prochaine. Cette rémission peut être réelle et durable. Dans une partie des cas pourtant cette rémission est incomplète, louche. Bientôt le malade prend des allures toutes différentes: il devient soucieux, soupçonneur; il laisse échapper par ci, par là, des accusations vagues; on lui en veut, on essaie de le persécuter, anéantir. Bientôt ces accusations prennnent corps et deviennent intenses: on lui vole tout son avoir; on infiltre dans son manger et boire des choses dangereuses, horribles; on lui envoie des odeurs nauséabondes, on dirige des courants électriques invisibles, ou par téléphone aérien des insultes, etc. Bref, il a un faux air de ceux qui ont la *paranoïa* (2).

---

(1) En 1904 nous avons fait faire par notre interne N. Encoulesco, sur cette question, une dissertations inaugurale, qui a été médailée par la Faculté.

(2) Hâtons nous de dire, qu'il y a plus d'un point de différenciation, entre la vraie *paranoïa* et l'état que nous décrivons. C'est pour cette raison que nous avons été obligés de recourrir au terme nouveau de *paranoïsme*, à l'instar des termes: méningisme, péritonisme, etc.

Nous avons, à côté des ces faits, d'autres encore qui prouvent que, dans une partie des cas, s'installent des *hallucinations* sensitivo-sensorielles. Quelquefois les choses s'arrêtent ici. Une amélioration nouvelle se produit, la rémission devient à nouveau meilleure et reste telle pendant un laps de temps plus on moins grand. D'autrefois, au contraire, les idées paranoïques augmentent et reçoivent même un commencement de systématisation : une ou plusieurs personnes sont les auteurs des injures; le malade les épie, les accuse violemment, les menace et passe même parfois aux voies de fait. Il n'est pas rare de constater que ces menaces s'adressent précisément contre les personnes qui ont le plus et mieux soigné notre malade, ou contre celles qui étaient auparavant, durant le délire expansif, les favoris du paralytique : l'épouse ou le parent préféré, le médecin, le surveillant etc. Ainsi l'une de nos malades, O. P.... femme de moeurs légères, syphilitique, internée 3 Juill. 1902, déclare être la nièce de l'empereur d'Allemagne, avoir beaucoup de millions à la Banque Nationale et présente tous les signes somatiques et psychiques de la paralysie g-le. De décembre 1902 jusqu'à Mars 1903 amélioration, (traitement spécifique, balnéation, alitement).

En Avril 1903, la dysartrie était presque disparue, le calme rétabli. Tous espéraient la rémission. La malade était pourtant morose, inquiète. Bientôt elle commença à déclarer qu'on la viole chaque unit, prit en grippe la surveillante (qui lui versait de l'acide sulfurique pour l'enlaidir), les internes (qui lui cautérisaient les organes génitaux, etc.).

On voit que le délire de persécution va de pair, ici, avec les hallucinations, qui sont multiples, et arrivent à envahir toute la spère sensitivo-sensorielle. Les personnes qu'elle accuse varient de semaine en semaine, puis elle parait avoir un moment de fixation dans ses idées paranoïques, mais devient bien vite diffuse, pour changer du jour au lendemain ses accusations. On ne peut pas appliquer ici la qualification de paranoïa, mais il nous semble qu'on pourrait admettre le mot : *paranoïsme*. Cet état dura plus d'une année. Vers la fin de 1904, l'amaigrissement se prononça, de plus en plus rapide. Le délire se modifia par l'apparition d'idées hypochondriaques : O. P. déclarait qu'elle se sentait enceinte, qu'elle était sûre d'avoir 5 à 6 enfants dans son ventre, qui en était tellement rempli, qu'elle ne devait plus rien manger. Aussi refusait-elle obstinément à se nourrir ; on l'alimentait par la sondè Baillarger. Ces hallucinations d'ordre visceral se multiplièrent, à mesure que la consomption progressait, et la mort se produisit le 2 Déc. 1904.

La nécropsie confirma absolument le diagnosite et montra que les lésions étaient étendues aussi du côté des lobes pariétaux et temporaux, chose que nous avons pu surtout démontrer par *l'examen microscopique.*

On voit donc, dans ce cas, l'évolution suivante des phases: période expansive, rémission (très-courte et incomplète), paranoïsme (durant plus d'une année et demie) et enfin phase finale, hipochondriaque et consomptive.

Une autre de nos patientes, institutrice, mariée, 48 ans, avec paralysie générale tout-à-fait caractéristique, forme grandomaniaque (richesses immenses, va épouser Le Métropolitain), fait une longue période expansive, arrive à rémission assez satisfaisante, est prise en congé, par sa famille et ramenée après plusieurs mois en état de paranoïsme commençant: mécontente de tout, surtout des siens, les accusant tous, mais surtout son mari, de vouloir ravir toute sa fortune, de la tuer, etc. Quoique précisant parfois mieux que le cas précédent, le délire est pourtant assez vague, sans organisation. Par, ci par là on voit réapparaître les phenomènes paralitiques: grandeurs, bouffées de satisfaction. Après quatre mois l'état paralytique revient, avec amaigrissement, idées de destruction, de manque d'organes, de négativisme, et le gâtisme s'installe persistant encore à l'heure qu'il est. Chez cette malade, nous avons à plusieurs reprises constaté la présence d'un réflexe pathologique particulier, que nous avons signalé en 1908, sous le nom de: *Réflexe oculo-mentonnier* (1) ou *conjonctivo-mentonnier*. Nous avons démontré, par une série de cas pathologiques, que ce reflexe apparait dans les cas où il y a des lesions organiques dans la sphère du facial. Dans le cas présent, le cordon du facial étant normal, il reste à admettre, que les lésions se trouvent dans le centre ovale, suivant precisément le trajet de ces fibres de projection, que les travaux de Schäfer montrent comme étant frappées de dégénération, dans la paralysie générale caractérisée.

Notons encore que dans ce même cas nous n'avons pas pu établir d'une façon certaine la présence des hallucinations.

---

(1) Al. Obregia. Sur un nouveau réflexe pathologique: réflexe *conjonctivo-mentonnier.* Comunication à la soc. de biologie de Bucarest in Comptes-Rendus de la Société de Biologie, 1908, Decemb. 16.

Voici, par contre, un malade qui a eu de très nombreuses hallucinations : il s'agit d'un capitaine, F. D., âgé de 40 ans, avec tares familiales et infection syphilitique, amené à l'hosp. le 18 Nov. 1902. Symptomatologie caractéristique de la paralysie générale grandomaniaque. Cytodiagnostic positif. La dysarthrie est relativement peu prononcée. Injection de bijodure, bains, etc. Amélioration rapide. Au commencement de 1903 la rémission se dessine de plus en plus. Elle est tellement évidente que le 2 Mars 1903 la famille le reprend et vers Novembre 1903 on le réaccepte dans l'armée. En Octobre 1904 il est ramené à l'hospice, dans un état grave : inégalité pupilaire, tremblements, disarthrie, et délire très-accusé de persécution : on a brûlé du sel dans son poele, de façon que les „vapeurs" dégagées ont imprégné sa peau et les draps; on l'éléctrise, on le „téléphonise", il entend des voix disant que chaque nuit sa femme le trompe; il voit son argent sortant de ses poches la nuit et passant à travers la porte, ses bottes courent sur le parquet. Nous pouvons dire que toute la sphère sensitivo-sensorielle est le siège d'hallucinations multiples et fâcheuses. De toutes ces choses il accuse (1) précisément les personnes, qu'auparavant il affectionnait le plus : son épouse, le Roi, dont il se déclarait, il y a 2 ans, le dévoué Maréchal-adjutant, et le Médecin en chef, qui l'avait proclamé „son sauveur". Sous l'influence du traitement insistant et de l'asile, le malade s'améliora graduellement et entra de nouveau en rémission, de façon qu'à la fin de 1905, la famille put le prendre et le garder. A cette époque le paranoïsme était presque totalement disparu, mais il y avait une grande dépression morale et physique.

Réflechissant à ce cas, nous constatons ici une accentuation plus forte du délire de persécution, marchant de pair avec les hallucionations de toutes sortes (2). Ce qu'il y encore de particulier, c'est la grande durée de la phase de paranoïsme et sa grande intensité. La systematisation n'apparaît pourtant que faible, et n'atteint pas même de loin le degré d'organisation qu'on observe chez les vrais paranoïques, surtout quand ils ont une mentalité formée, cultivée et l'âge de vigueur de notre capitanie D. F. On voit enfin ce paranoïsme disparaître complètement, pour faire place à la rémission. Il est encore nécessaire de relever le fait de l'absurdité des accusations, du peu de contrôle que leur opposait malade.

---

(1) Comme presque tous les persécutés, ce malade aussi écrit force pétitions et réclamations à toutes les autorités.

(2) En opposition avec ce cas nous avons tout une série d'observations, où nous n'avons pas noté d'hallucination : c'est surtout le cas de G. S., qui après une rémission complète, a fait une phase *de paranoïsme* de plusieurs mois et finit par succomber en état de *fonte paralytique*. La necropsie confirma pleinement le diagnostic.

Nous citerons deux cas présentant une intensité encore plus grande, à la phase de paranoïsme.

Voici le malade D. S. 45 ans, reçu en Mai 1896, syphilitique et alcoholique. Inégalité pupillaire, réflexes éxagérés, lymphocytose, dysarthrie, délire mégalomaniaque démentiel, bref toute la symptomatologie de la paralysie générale. Evolution progressive, arrivant jusqu'à la phase de gâtisme et escarres par décubitus. L'amélioration s'obtint pourtant: en quelques mois les escarres guérirent et peu à peu l'état général se remit. D. S. est tranquille, commence à dormir mieux, à se nourrir et ne gâte plus. Des idées mégalomaniaques il en reste très-peu: il continue surtout à croire qu'il est le chef de tous les hôpitaux (Ephore). Au reste, une vraie rémission tend à s'accentuer de plus en plus. Cette phase de rémission incomplète dura plus d'une année, après la phase paralytique proprement dite, qui dépassa deux ans. Comme de temps à autre certaines idées de grandeur ou de mécontentement se firent voir, et que personne ne reclamait le malade, il fut gardé à l'hospice. Bientôt son état général devint excellent, mais l'état mental empira: il se plaignait qu'on ne lui accordait pas les égards dus à un „Ephore des hôpitaux", qu'on lui servait des plats mauvais, qu'on le retenait „séquestré" injustement en vue de le supprimer, pour le défrauder de ses droits et avoirs (1).

Nous arrivâmes, sur ces entrefaites, en 1902 — c'est à dire 6 ans après l'internement. La maladie paralytique appartenait donc ici encore à la forme „stationnaire". Une partie des symtomes organiques de la maladie était encore décelable: inégalite pupillaire, rares accrocs dysarthriques, tremblements fibrillaires légers — mais tout ceci en voie de guérison, tandis que le délire accusatoire s'accentuait de plus en plus. Il était devenu violent, passant à des voies de fait. Continuant à observer le malade, nous pûmes noter que plus l'état somatique se fortifiait, plus le paranoïsme s'accentuait simulant parfois, à s'y méprendre, la vraie paranoïa. Mais bientôt on en revenait: en effet, le malade systematisait mal ou point ses idées délirantes; s'il accusait, de temps à autre, le médecin en chef, ou les vrais „éphores", c'était avec des arguments peu serrés, et faibles, en base surtout de l'idee résiduelle que le vrai et seul „Ephore" c'était lui, D. S....., ce qu'il proclamait violemment, et partout. Il était, comme les persécutés — persécuteurs, devenu écrivassier. Dans ses écrits on trouvait de fréquents restes paralytiques, qui s'amendèrent pourtant. L'argumentation en était très-faible, les marques démentielles plus fréquentes. Cette évolution prit à peu près trois ans et finit en queue de poisson: le paranoïsme diminua, la tranquilité augmenta, l'état general se maintint stationnaire, mais la démence s'installa. Aujourd'hui tout clinicien peut y reconnaître une vraie forme stationnaire de la paralysie générale. En effet, ce cas avec deux autres, que nous avons eus dans l'hôpital, font le sujet d'un travail publié avec la collaboration de notre médecin assistant, Dr. A. Antoniu(1).

---

(1) On voit, donc ici la phase de paranoïsme s'installer après la phase finale (consomptive) de la paralysie générale.

Un autre cas, tout aussi intéressant, est celui de N. V., 50 ans, interné le 17 Mai 1907, se trouvant encore dans l'hospice. A l'entrée le diagnostic fut établi facilement par tous les signes: physiques, mentaux et par la lymphocytose abondante du liq. céphalo-rachidien. On y trouva même la réaction de Wassermann (fixation du complément) positive, presqu'une année après son internement. La mégalomanie était immense: chaque train qui entrait en gare était chargé de millions de kilogrammes d'or, destiné pour lui. Sous l'influence du traitement spécifique, l'amélioration s'obtint et presqu'une année après on crut avoir obtenu la remission. On écrivit à sa femme de venir le voir. Répétant ces visites, elle, de même que le personnel, déja prévenu par nous, chacun de son côté, relatèrent des faits de minime importance, mais sur la signification des quels nous ne doutâmes pas: c'était le commencement du *paranoïsme* métaparalitique.

Le malade, en effet, commença à refuser certains plats, puis tous, même les délicatesses offertes par sa femme. Interrogé il finit par avouer qu'il les croyait empoisonnés. Peu à peu des accusations impétueuses se manifestèrent : on mettait de la benzine dans les plats, même dans l'eau à boire.

---

(1) Prof. A. Obregia et Dr. A. Antoniu. Trois cas de paralysie générale stationnaire. (*Spitalul*, 1906). Bucarest.

Quelques semaines après on *benzinait* tout : l'air de la chambre, les draps, les habits. Il lui était impossible de manger, dormir, etc.

Quelques mois après, l'électricité s'ajoute au moyens de persécution : c'est de la „benzine électrisée" qu'on lui envoie. Enfin après un autre laps de temps, le téléphone arrive à la rescousse et peu de temps après la suggestion hypnotique s'y joint, pour compléter les moyens de torture, que ses ennemis emploient contre lui. Si vous ne voulez pas croire à ses élucubrations, tout de suite il déclare que vous êtes suggéré en ce sens, contre lui. Il crée, à l'instar des paranoïques, des néologismes : les suggerés il les appele *spiritualisés* et déclare que ses ennemis ont un procédé de *spiritualisation électrique* affreux. Il accuse sa femme, et le médecin en chef, mais surtout un ancien associé d'affaires, d'être les auteurs de ces tourtures, et de sa détention illégale.

Il y a, sous, autres points de vue aussi, un notable degré de systématisation. Le malade se trouve à l'heure qu'il est dans cet état. Souvent il gesticule et parle seul.

C'est dans cet état, que les D-rs Mingazzini (Professeur à Rome) et Snell (Directeur de l'asile de Lunéburg), rentrant du Congrès de Budapest 1900, ont vu ce malade, et ont confirmé la présence de ce délire de pérsécution, à systématisation asssez nuancée, quoique incomplète. Ce malade présentait encore des marques évidentes de la paralysie générale. Cet état, avec ses différents degrés, dure donc depuis plus d'une année.

Les signes somatiques de la paralysie vont en s'améliorant, avec l'état général. Les réactions pupillaires fotomotrices restent toutefois abolies (Argyl Robertson).

Bien des fois, en face de ces malades, nous nous sommes posé la question : si on nous les amenait à cette phase de leur affection, ne serions nous pas dans l'embarras, pour établir un bon diagnostic ? On serait tenté de croire qu'il s'agit là d'une démence précoce, à forme paranoide, ou d'une forme de paranoïa.

Or, dans ces derniers cas, l'évolution est toute différente : la vie peut durer très long et les précautions thérapeutiques à prendre — presque nulles. Dans cette phase de paranoïsme, au contraire, les complications sont fréquentes : des retours à l'état paralytique, des *ictus* caractéristiques, des atrophies musculaires (1) et surtout le retour à l'état de paralysie, c'est-a-dire l'état de délire expansif ou hypochondriaque, état qui tend à devenir alors rapidement grave, consomptif et se termine par la démence profonde, immuable ou la mort. En tout cas on doit être très-attentif dans le traitement de ces cas, prescrire un regime peu azoté, des dérivatifs répétés, des laxatifs fréquents, etc., pour éviter les complications congestives ou paralytiques. Il nous est même arrivé d'obtenir dans quelques cas une nouvelle rémission, plus ou moins durable. Tel est le cas du capit. D. F.,et de la femme E. W. qu'on a repatriée. Nous possédons encore un cas pareil dans notre pratique en ville. Dans le même groupe se range le cas suivant : Capit. E. D. (de l'administration), atteint par le tabes, depuis de très longues années, présente tout à coup les signes de la Tabo-paralysie : mégalomanie colossale, agitation, impulsions, insomnie, nous fut amené le 27 Octobre 1908. Cytodiagnostic et réaction de fixation du complément absolument positives. La phase paralytique dura un peu plus de 6 mois.

La rémission commença à se prononcer et deux mois après le paranoïsme devint évident: il accuse sa femme et le médecin en chef, qu'il glorifiait auparavant, de le séquestrer, pour lui ravir fortune, honneur, tout; il devient aggressif et écrit force plaintes, condamnations.

Céla durà plus de trois mois; alors une arthropathie tabétique douloureuse se manifesta au pied droit. Peu de temps après le paranoïsme baissa et dans l'éspace de deux mois approximativement il disparut.

Le malade put être congédié, en état de rémission satisfaisante. Le diagnostic est donc très facile, quand on a vu la phase caractéristique ou d'état de la paralysie, mais peut offrir des difficultés dans d'autres circonstances. Il est vrai, toutefois, que de toute la série des manifestations somatiques ou psychiques de la paralysie, il reste une partie, plus ou moins grande, plus ou mois caractéristique, qui permet, en définitive d'établir les choses.

La confirmation s'obtient par l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui présente de la lymphocytose, albumines, globulines (réaction de Nonne Appelt), déviation du complément (1).

---

(1) Le chapître des troubles trophiques dans la paralysie g-le, est tres grand, et dans un travail avec notre interne "Al. Calcăntraur," nous avons surtout insisté sur les atrophies musculaires, qui y surviennent dans les phases avancées.

De ces observations, brièvement exposées, nous avons pu déduire combien variable est l'époque d'apparition du paranoïsme méta-paralytique: immédiatement avec la phase d'état, ou après elle, ou après la rémission, ou bien encore après la phase finale de gâtisme. Les cas les plus nombreux, les plus intéressants aussi, sont ceux qui viennent assez tardivement, après une rémission plus ou moins accentuée. De nos observations il ressort même le fait que, plus la rémission apparente a été longue, et le rétablissement de l'organisme meilleur, plus le paranoïsme, qui se prononce après est accentué, durable et organisé. Il peut même arriver à présenter la plupart des manifestations mentales du délire chronique progressif systematisé; la rapidité seulement des phases est accélerée, car elles se succedent à bref intervalle—quelques mois à peine: interprétations délirantes, hallucinations (qui manquent parfois), changement de la personnalité, tout y est. Si on fait pourtant l'analyse psychologique attentive des assertions du malade, on arrive à reconnaître un fond démentiel, plus on moins accusé, des idées moins logiquement liées, des combinaisons et interprétations plus enfantines, quelquefois ridicules, en un mot l'organisation du délire est beaucoup plus faible, d'autant plus faible que la rémission qui a précidé le paranoïsme aura été plus brève.

Nous croyons que ce fait d'observation peut trouver une explication très-simple. Un cerveau qui a eu, par une bonne et longue rémission, la possibilité de se restaurer, en partie au moins, sera à même de fournir, dans la phase de paranoïsme, plus de force, durée et organisation à ces manifestations. Comme confirmation de cette idée, nous pouvons citer plusieurs cas où, presque sans rémission, les manifestations „paranoïstes" se sont installées une à une, dans le tableau symptomatique final dela période d'état, ou de gâtisme : elles ont été dépourvues de toute systématisation, décousues, et tout aussi absurdes et variables que les „mégalidées" antérieures.

---

(1) Cet examen a toujours été pratiqué dans nos cas. Il est toutoutefois vrai, que dans les cas tres-anciens de paralysie générale confirmée, la lymphocytose peut être très-faible, et même nulle. Dans quatre cas de Paralysie G.-le où la maladie avait dépassé 8 ans, nous avons, avec le Dr Bruckner, trouvé un résultat négatif à l'examen du liquide céphalo-rachidien, tout aussi bien par l'examen cytologique que par la réaction de la fixation du complément.

Dr. Obregia et J. Bruckner. Le liquide cephalo-rachidien dans la paralysie générale stationnaire. Bull. Soc. biologie 1908.

(Communication à la Réunion biologique de Bucarest).

Nous avons même rencontré deux cas dans lesquels les idées de pérsécution s'infiltraient entre les idées grandomaniaques, les premières devenant plus nombreuses, à mesure que les dernières diminuaient: on pouvait bien dire dans ces cas que l'état de paranoïsme était subintrant ou imbriqué à l'état paralytique.

Voici en résumé l'observation d'un cas que nous avons encore en ce moment à l'hospice: V. S., 35 ans, maître boucher, syphilitique avéré (cytodiagnostic positif) se trouve, après une phase expansive, grandomaniaque caractéristique, arrivé à l'étape finale: émacié, gâteux, avec idées hypochondriaques (il n'a pas de gorge, pas de boyaux, ne veut pas manger, etc.) Nous le soignons avec tous les moyens physiques et thérapeutiques, injections de cacodylate et bains. Légère amélioration. A côté des idées de négation hypochondriaque il déclare à ses infirmiers et répète à la visite: un personnage malveillant a remplacé son nez par un autre, qui n'est pas à lui, qui est trop vilain, qui l'empêche de respirer; Il ne sait pas qui est ce personnage ennemi, mais il va l'apprendre et nous le dire; la même personne a introduit dans sa bouche une enorme quantité de dents étrangères, afin qu'il ne puisse pas manger et il montre ses dents en pleurant d'indignation. Mais il va manger et se venger quand même. Et le ton courroucé et vengeur contraste, de temps à autre, avec la façon démente et atone dont il proclame le manque absolu de ses intestins. L'état physique du malade est un peu amélioré. La parole surtout n'est plus si altérée.

Dans ce cas l'état de paranoisme est venu *s'imbriquer* à celui de l'hypochondrie finale, mais tout aussi dément et inorganisé. Il a tout-de-même été précédé par une petite amélioration. C'est, paraît-il, la conditionnement physique de ce paranoïsme (1).

C'est encore ce conditionnement, qui pourra nous être utile dans la pénétration du problème, que nous devons creuser d'avantage. Et pour ce faire, considérons aussi d'autres facteurs importants.

---

(1) Rappelons que presque toujours la mémoire, qui était déchue chez le paralytique, se fortifie, et devient parfois excellente dans la phase de paranoïsme, ce qui démontre une certaine amélioration de l'état anatomo-physiologique des centres nerveux. Notons aussi l'apparition fréquente de *néologismes*.

Voici, entre autres, la similitude particulière, qu'on aura bien remarquée, que nous avons souvent notée, entre nos cas les plus intenses et le délire de persécution secondaire des alcooliques, que beaucoup d'auteurs décrivent si bien, entre autre Magnan et v. Krafft-Ebbing (Paranoïa secondaire). Nous voulons parler de la similitude des manifestations délirantes, car au point de vue somatique, les altérations des réflexes, de la sensibilité, de la parole (1), de l'écriture, de même que les modifications du liquide céphalo-rachidien sont à même de donner une différentiation suffisante et un diagnostic précis. Revenons pourtant à la ressemblance du délire secondaire méta-alcoholique, avec le paranoïsme meta-paralitique. Il nous semble que cette ressemblance est souvent notable: même début, après une *altération organique* du systeme nerveux, qui, au lieu de finir par la décrépitude irrémédiable, subit un temps d'arrêt et d'amélioration psychologique; même éclosion et progrès rapide des ideés paranoïques, mêmes hallucinations multiples sensitivo-sensorielles, voire même analogie dans l'évolution ultérieure du délire, qui au lieu de se cristalliser, comme dans la paranoïa vraie, se transforme et dans les cas bien soignés, s'améliore pour arriver enfin à disparition. La durée et une partie des manifestations restent bien entendu différentes. L'explication de ces faits pourrait se fonder sur plusieurs points. L'un des plus importants est l'apparition des hallucinations, qui persistent, et tout en étant variées, deviennent intenses. Avec un état cérébral altéré, il y aura toute probabilité que le malade, soit alcoholique, soit surtout paralytique, les contrôle peu ou point, et bâtisse dessus. Des organisations cérébrales autrement bonnes, que celle des malades cités, arrivent à ne pas pouvoir résister aux hallucinations; tels les cas de délires post-infectieux ou des pyréxies (grippes, f. typhoïdes, pneumonies, etc.).

Or, il est notoire, que les lésions sont, dans la paralysie générale et dans l'alcoholisme, très-étendues et entament des territoires très-vastes. Pour notre part, dans un travail avec notre assistant, le dr. P. Pitoulesco (2) nous avons démontré des lésions nombreuses et étendues dans le sympathique solaire, confirmant et étendant les résultats des remarquables travaux de Laignel-Lavastine. Il esl plus que probable, que ces multiples lésions sont la cause des hallucinations et des autres manifestations en question.

---

(1) Nous devons relever le fait, qu'on aura remarqué dans les pages précédentes, c'est-à-dire que les troubles dysarthriques s'améliorent vite et disparaissent même, dans la phase de paranoïsme, aussitôt qu'elle acquiert un peu plus de durée.

(2) Prof. A. Obregia et dr. P. Pitoulesco. Recherches isto-cliniques sur le sympathique solaire dans les maladies mentales. *Revista Ştiinţelor Medicale*, No. 5 de Juillet, Août, Septembre 1909, Bucarest.

L'apparition des hallucinations démontre l'extension des lésions aux territoires sensitivo-sensoriels; l'altération avançant, et comprenant aussi le sympathique, permet d'expliquer la phase hypochondriaque et ses hallucinations viscérales.

Mais il y a encore d'autres points à considérer. Le fait surtout que, avant le *paranoïsme, on observe presque toujours une période de calme, apparent au moins, mais caractérisé par une manifeste amélioration physique et souvent aussi mentale du sujet.* L'amélioration des troubles dysarthriques, qui aboutissent parfois à complète guérison, rend ce phénomène plus évident.

A l'amélioration symptomatique, doit correspondre une modification dans l'état des lésions du névraxe.

Une bonne partie de ces lésions sont éminemment évolutives, transformables, d'autant plus que, en pathologie nerveuse surtout, à l'action nocive correspondent des réactions réparatrices, soit immediates, soit éloignées.

Cette réaction réparatrice peut dépasser plus ou moins la normale, et passer au dessus de l'état physiologique. C'est cette réaction réparatrice exagérée qui conditionnerait la phase de paranoïsme. Comme on a vu, cette phase est caractérisée par un regain de forçes psychiques (mémoire, énergie, exagération de l'idée de personnalité, qui accapare tout et exacerbant l'egocentrisme, conditionne les idées paranoïstes)..Les hallucinations étendent et renforcent le tableau, sans être indispensables. Nous possédons, en eftet, des cas qui n'ont pas présenté d'hallucinations.

Il y a donc plus d'une raison pour que, dans l'alcoholisme grave, à lésions sérieuses et multiples du névraxe, après les premières phases, il se produise parfois un délire paranoïaque plus ou moins intense, de même qu'après certaines lésions syphilitiques en voie de réparation.

Ce qui nous confirme dans ces idées, c'est une série de cas de syphilis cérébrale avancée, que nous avons suivis dans leur évolution ultérieure.

L'un de ces cas, P. N., 41 ans, ancien bandagiste et ancien syphilitique, avait présenté pendant quelque temps, de l'insomnie, inégalité pupillaire et un commencement de démence. A la suite du traitement spécifique, il s'ameliora rapidement. P. N. se croyant guéri, cessa tout traitement ultérieur. Quelques années après on me le ramena, de province. Il était dans un état analogue au paranoïsme, à peu de chose près. Il n'avait pas d'hallucinations, mais accusait violemment les siens de le contrecarrer dans ses affaires, de lui chipper ses effets, son argent, et même de vouloir le supprimer. Une cure mercurielle énergique le ramena rapidement à la raison. Il se rappelait, une fois guéri, dans les moindres détails, les méchantes choses, qu'il proférait et même accomplisait contre les siens et les regrettait profondement. Il nous semble donc juste de présenter ce cas sous le titre de *paranoïsme méta-syphilitique.*

Un deuxième cas, observé en ville, mérite aussi une attention spéciale. M. I., agent de coumission, syphilitique avéré, fut pris de manifestations très-analogues à ce qu'on a proposé d'appeler pseudo-paralysie générale. La mémoire, affaiblie la parole indemne; au reste très-agité, très-expansif et ne dormant presque pas. La réaction de Wassermann donna un résultat ultra positif.

Le traitement mercuriel (injections intramusculaires de bijodure 0,04) amena une amélioration très-rapide. En quelques semaines il parut presque guéri. Nous cessâmes de le voir. Or, un mois après, on nous rappela: le tableau était changé du tout au tout. En attitude menaçante, le ragard courroucé, il vociférait contre sa femme, personne âgée et sérieuse, qu'il accusait d'infidélités horribles et d'attentats à ses jours, en complicité avec son propre frère et sa seur. Ces manifestations étaient si intenses, que le nom de *paranoïsme aigu* paraît bien venu. Une nouvelle série d'injections mercurielles amenèrent l'apaisement et le malade se remit peu à peu, tout en ayant soin de reprendre ses injections chaque trois mois. Ces cas de paranoïsme méta-syphilitique ne sont pas les seuls observés. Il s'en faut. Ce sont seulement les plus nets, que nous ayons rencontré. Ce qui augmente l'intérêt de ces observations, c'est un cas tragique, qui s'est produit tout dernièrement dans notre ville. Un fabricant de chapeaux de Galatzi A. G. fut interné dans la maison de santé privée „Caritatea", par sa propre famille, composée de l'épouse et des propres frères du malade. Ce dernier, âgé de 42 ans, syphilitique mais non alcoholique, avait présenté à partir de Juillet 1909, des symptomes d'encéphalite: changement du caractère, entreprises désordonnées, dépenses folles, excès de toutes sortes. A la suite du traitement à Galatzi, une amélioration se produisit, mais le malade, très-entreprenant, voulut reprendre ses affaires. En meme temps des idées de persécution très-intenses se manifestèrent; il accusait sa femme d'adultère, tour à tour, avec ses deux frères, avec lesquels, conjointement, elle voudrait le déposséder de sa liberté et de sa fortune. C'est alors qu'on amena le malade, à Bucarest, dans l'institut „Caritatea".

Une demande fut faite au tribunal, par la famille, pour la mise en état d'interdiction. *Une commission de trois médecins, appelés par le tribunal, afin de se prononcer sur l'état mental de A. G., le déclara responsable de ses actes et capable d'administrer sa fortune.* Par suite de quoi le tribunal ordonna la mise en liberté du patient.

Or, à ce moment même, nous avons reçu la visite du malade et de sa femme, qui nous donna les détails ci-dessus. Nous avons constaté des marques assez nettes de la maladie antérieure et encore plus nettes de l'état *de paranoïsme* dangereux. Il n'y a en effet, que ce paranoïsme, pour produire si rapide évolution, si démente argumentation et si violentes déterminations, dans l'ordre des délires persécutoires.

Nous avons, en conseguence, clairement déclaré à l'épouse du malade, que le cas était grave et dangereux, qu'il fallait, de toute nécessité, l'interner à nouveau, et prendre toutes les précautions, afin de prévenir quelque coup fâcheux du malade. Malheureusement, A. G., fort de la sentence de la comission médicale (1), se proclamait le plus sain des hommes, et ne voulait même pas entendre parler de sanatorium. Il se rendit à Galatz, et reprit les affaires. Il se passa, sur ces entre faites, à peine un mois de temps, lorsque, le 17 Novembre 1909, toute la ville apprit que A. G., venait de tuer sa malheureuse femme, déchargeant sur elle cinq coups de revolver. L'enquête démontra que ce meurtre était prémédité.

Ce crime, qui aurait pu et dû être évité, vient, avec les autres considérations déjà exposées, démontrer combien la question du *paranoïsme* est importante, non seulement au point de vue scientifique, mais aussi au point de vue pratique, médico-légal et sociologique.

---

(1) Il est bien nécessaire, on le voit, que les autorités, composant les commissions d'expertise, prennent en considération sérieuse la spécialité des experts.

CRITICI ȘI CRONICI

Domnului Prof. Dr. I. Cantacuzino

Directorul „Revistei Științelor Medicale“

București.

Domnule Director,

Binevoiți, vă rog, a face loc în „Revista Științelor Medicale“ următoarelor rânduri, replică la răspunsul D-lor D-ri C. Popescu și Al. Slătineanu, publicat într'un extras din menționata revistă. Această replică, îmi este cerută de D-nii Popescu și Slătineanu, altfel — chiar după răspunsul D-lor — nu a-și mai fi avut nimic de adăogat la cele publicate mai înainte.

Mulțumindu-vă pentru bunăvoința, vă rog să primiți încredințarea deosebitei mele considerațiuni.

M. Manicatide.

* * *

Răspunsul d-lor d-ri C. Popescu și Al. Slătineanu, se poate rezuma în următoarele trei puncte: *a)* o rectificare de fapte pe cari eu le-ași fi raportat greșit; *b)* Combaterea părerei mele relativă la cauza izbucnirii epidemiei și a uneia din propunerile ce am făcut pentru împiedicarea ei, și *c)* Un șir de mic răutăți și contraziceri mai puțin importante, dar spuse probabil cu intențiunea de „obiectivizm“ științific.

Ne vom ocupa pe rând și pe cât se poate de scurt de fiecare din aceste puncte.

Mai întâi, ca fapt menit să scoată tăria afirmaţiunilor mele, ar fi că la începutul lui Iulie s'a scos din circulaţiune drenul — nu galeriile dela Aroneanu, cum zic eu — şi totuşi am găsit bacilul tific în conductă la 5 August. Adevărul este că *galeriile,* cari au fost găsite suspecte şi de d-l dr. C. Popescu, au fost scoase din circulaţiune la 15 August, iar conducta desinfectată la 16 şi 17 August. Lucrul se poate controla ori când la serviciul technic al Pri-măriei Iaşi.

Proba epidemiologică a infecţiunei conductei principale, d-nii d-ri C. Popescu şi Al. Slătineanu, caută să o combată prin argumentele: că nu toţi bolnavii sunt infectaţi la domiciliu, nici exclusiv prin apă şi că marea majoritate a populaţiunii utilizează apă de diferite proveniențe. Toată discuţiunea din articolul meu s'a învârtit asupra acestui punct; am eliminat pe rând toate cauzele de infecţiune posibilă şi am ajuns la concluziunea că numai infecţiunea apei din conductă putea să explice izbucnirea epidemiei şi aşezarea cazurilor. De altfel şi d-nilor d-ri C. Popescu şi Al. Slătineanu „le pare bine că sunt de aceiaşi părere cu d-lor" ! că apa este cauza principală a epidemiei; numai, domniile lor cred mai de grabă că sacagii distribuiau apă infectată. Dacă ar fi fost aşa, ar trebui să admitem absurditatea că sacagii au dat apă infectată numai împrejurul haznalelor, iar în restul oraşului au dat apă bună. In realitate, însă, din informaţiunile ce am cules şi consemnat în mai bine de 200 observaţiuni, rezultă că cei mai mulţi bolnavi de la începutul epidemiei uzau exclusiv de apă din conducta principală şi numai mai în urmă de pe la sfârşitul lui August încoace, ne-au venit şi bolnavi cari se serveau mai ales de apa din sacale sau din fântânele cu pompe de curând instalate. Ori-cât s'ar sili cineva să făurească argumente, evidenţa iese de sine şi nu o văd decât acei cari nu voesc să vadă.

Pentru ca să combată propunerea mea — făcută încă de la 12 August — de a se ozona apa din conducta principală, d-nii d-ri C. Popescu şi Al. Slătineanu aduc două argumente: instalaţiunea ar costa scump (cea dela Sulina a trecut de 100 mii lei) şi ar cere mai multe luni de zile. Dacă d-lor şi-ar fi dat într'adevăr osteneala să cerceteze ar fi aflat — dacă nu ştiau mai dinainte — că la Sulina au trebuit pompe puternice să ridice apa din Dunăre, au trebuit rezervoare mari de decantare, filtre, alt rezervor pentru apa limpede, altă pompă să ridice apa la aparatul de ozonare, în fine un generator de electricitate, aparatul de ozonare propriu zis, un rezervor unde se adună apa ozonată, apoi o altă pompă care ridică apa în turnul de distribuţiune. La cât se reduce atunci costul instalaţiunii de ozonare propriu zisă? In Iaşi apa este limpede, are suficientă presiune, avem curent de 3.000 volţi de la uzină, încât instalaţiunea de ozonare se reduce la un transformator, o cameră de ozonat aerul şi o coloană de zidărie de 4 m. prin care apa vine în contact cu ozonul. Pentru convingere a se citi cele 2 rapoarte ale d-lui dr. Erlwein din Berlin şi a d-lui prof. Courmont şi Lacomme la ultimul Congres de igienă (1). In timpul cât ar fi venit transformatorul şi camera de ozonat (aparate cari se găseau gata în Berlin sau în Paris), cari nu ocupă un volum mai mare ca $^1/_2$ m. cubic şi nu cântăresc nici 200 kgr. s'ar fi zidit coloana şi magazia în care ar fi fost instalate aparatele. După devizele cele mai largi costul nu ar fi întrecut 10 mii de lei şi timpul instalaţiunei 3 săptămâni. D-nii d-ri C. Popescu şi Al. Slătineanu găsesc această propunere scumpă şi realizarea ei de lungă durată; totuşi îmi pare că d-l dr. C. Popescu, propusese captarea apei de la Repedea şi aducerea ei în oraş, lucrare cu mult mai grea, mai scumpă mult şi într'adevăr de lungă durată.

Acestea sunt obiecţiunile principale din răspunsul d-lor d-tori C. Popescu şi Al. Slătineanu. După aceia, domniile lor îmi fac propunerea să se refacă examenul apei din conductă şi din drenuri de o comisiune din care să facă parte un delegat al Direcţiunei sanitare şi eu pentru ca să nu expunem comuna Iaşi la o cheltuială aşa de mare cu ozonarea fără să fim perfect convinşi de utilitatea ei. S'a văzut la ce se reduce marea cheltuială, totuşi nu am de ce să nu primesc propunerea d-lor d-ri Popescu şi Slătineanu; am însă o mică obiecţiune de ridicat, anume că măsura e cam tardivă. Dacă se făcea ozonarea din Iulie — eu am propus-o la 12 August şi tot mi se părea tardivă — ar fi avut desigur alt efect, decât acum când contagiul s'a răspândit în tot oraşul. Ori-cum, va avea utilitatea destul de mare şi acum de a ne asigura o apă curată măcar în haznalele publice; mai ales că se pare că d-l prof. Puşcariu a găsit bacilul tific chiar în fântânile cu pompe, cari fuseseră în special recomandate pentru alimentarea publică.

Să trecem acum şi la micele răutăţi ale d-lor d-ri C. Popescu și Al. Slătineanu. Așa, d-niile lor găsesc că nu am utilizat „cu discernământul necesar cazurilor de tifos din marele internate de băeți și fete în cari se întrebuințează apă de *anumite* proveniențe“ și după aceea analizează d-lor de sigur „cu discernământul necesar“ citatul meu despre pensionatul Humpel și Școala militară și conchid că 2 cazuri, singurele pe cari le cunosc și d-niile lor — spun singuri că nu știu de unde-și luau apă aceste școli, după ce au studiat mai multe luni de zile epidemia — ar pleda pentru opinia mea. Dar sutele de eleve externe, zic d-nii Popescu și Slătineanu, ne-ar fi făcut mai rezervați. Ei bine, tocmai în acele sute de externe aflăm încă o dovadă pentru opiniunea noastră, pentru-că sau au fost în vecinătatea conductei și s'au infectat, sau au uzat de altă apă și nu s'au îmbolnăvit. Tot acolo arătăm că la Liceul Internat, care are captație proprie, nu a fost nici un bolnav în timpul izbucnirei epidemice.

---

(1) Bericht ü. d. XIV, internat. Kongres f. Hyg. u. Demogr. Berlin 1908, vol. III, pag. 195—221.

In privința repartiției cazurilor pe hartă, d-l dr. C. Popescu își va fi aducând aminte că într'o conversațiune particulară, la 19 Iulie, înainte ca d-sa să vie în Iași, îi atrăsesem anume atențiunea asupra erorilor posibile pentru care nu ar fi cercetat de aproape mai fiecare caz. E frumos acum că d-sa îmi atribue tocmai mie această scăpare din vedere.

Intr'o parte a articolului meu am zis că am găsit în conducta, alături cu bacilul tific și un bacil *semănând* cu al disenteriei. D-nii d-ri C. Popescu și Al. Slătineanu mai întreabă triumfători: era ori nu era bacilul disenteriei și, dacă era, cum se face că nu a produs epidemie? Mi se pare că *semănând* nu însemnează *era*, încât toată vorba este de prisos.

D-nii d-ri C. Popescu și Al. Slătineanu îmi fac imputarea că nu am făcut studiul și analiza fiecărei captări în parte. Dar aceasta știu d-lor foarte bine, nu era de nevoe din momentul ce propusesem ozonarea apei integrale din conductă și eșia cu totul din cercul presupunerilor și atribuțiunilor mele. In puținul timp ce am avut liber am făcut aceste cercetări sumare și suficiente pentru luminarea mea; le-am dat apoi publicității sperând că voi fi util concetățenilor mei, cititorilor și poate și d-lor Inspectori sanitari.

In altă parte d-nii d-ri C. Popescu și Al. Slătineanu îmi atribue gratuit afirmațiunea că în alți ani n'au mai fost izbucniri epidemice de febră tifoidă și o combat, se înțelege. Numai, eu n'am făcut o atare afirmațiune, ba chiar știu că în epidemia din 1904 s'a dovedit infecțiunea conductei principale de alți cercetători decât de mine.

Ca să revenim de unde am plecat, cu toate obiecțiunile ridicate de d-nii d-ri C. Popescu și Al. Slătineanu, rămâne definitiv dovedit că izbucnirea epidemiei a fost datorită infecțiunei apei din conducta principală, că acum alte împrejurări, ca infecțiunea fântânilor, contagiunea, etc. contribue la lățirea ei. Aceste împrejurări reclamă alte măsuri decât cele indicate acum 3 Iuni, și decât polemici inutile mai bine ne-am ocupa serios de aceste măsuri.

In articolul meu „Epidemia de febră tifoidă din Iași“ publicat în „Viața Românească“ nu am învinuit absolut pe nimeni. Dacă d-nii d-ri C. Popescu și Al. Slătineanu, s'au simțit atinși prin simpla constatare și inșirare a faptelor, nu este vina mea. Pricina psihologică a acestei susceptibilități trebue căutată în succesul cu cari acești d-ni au condus măsurile în contra epidemiei.

RĂSPUNS

Dacă d-l prof. Manicatide, în studiul publicat în „Viața Românească“ din Septembrie, ar fi expus numai dovezile epidemiologice care îndreptățesc afirmarea că izbucnirea epidemiei de febră tifoidă din Iași e datorită infecțiunei apei din conducta principală, replica noastră n'ar fi existat. Cel mult ne-am fi spus că acest fel de dovezi deductive trebuesc alese cât mai valabile. D-sa aducea însă proba peremptorie, anume izolarea bacilului tific din această apă; și propunea instalarea unei uzine dc ozonizare pentru purificarea ei. Tocmai acestea ne-au îndemnat să răspundem, căci ele sunt părțile caracteristice ale studiului.

Scrisoarea de față ne silește a intra în detaliuri pe care am fi voit să le rezervăm pentru altă dată; credem totuși că ele vor suggera cetitorului reflecțiuni utile din punctul de vedere teoretic și practic. Mai înainte însă câte-va rectificări.

D-l prof. Manicatide spune că noi am crede „mai de grabă că sacagii distribuiau apă infectată“. Nici o iotă din fraza aceasta nu se găsește în replica noastră. Vom spune însă acum ce credem, sau mai bine zis vom repeta ce am spus într'un consiliu de higienă.

In a doua jumătate a lui Iulie, când începusem să cunoaștem mai de aproape epidemia, eram încredințați, și am afirmat-o, că dacă puţurile din care iau sacagii apă nu sunt încă infectate, se vor infecta în curând; şi că aceşti sacagii, în loc să vândă publicului apă vor vinde tifus; căci aceste puţuri erau prea detestabil construite şi întreţinute, iar însămânţările din apa lor păreau a fi făcute din latrine. Indicat era ca aceste puţuri să fie închise; dar în locul celor peste 200 m. c. apă, dată zilnic de ele, trebuia mai întâi adusă alta mai bună şi mai garantabilă. Aceasta a fost pricina pentru care am propus captarea provizorie şi grăbită a apelor de la Repedea; şi după studiile şi devizul serviciului technic local, utilizându-se echipe de soldaţi şi luându-se cu împrumut tuburi de la societatea care face captarea pentru Iaşi, s'ar fi putut aduce 200 m. c. apă în cel mult o lună şi cu o cheltuială de maximum 20.000 lei. Ar fi fost un spor considerabil pentru oraş, şi s'ar fi putut elimina, cel puţin în aceiaşi proporţie, apa contaminată sau contaminabilă. Ne-am lovit însă de „nu putem" al budgetului.

Atunci a trebuit să căutăm a asana acele puţuri, ca de va fi cu putinţă să salvăm apa lor, Ele s'au dezinfectat, curăţit, înconjurul lor s'a nivelat şi petruit, gura lor s'a astupat, şi alături s'au instalat pompe. Din nenorocire munca, cel puţin pentru moment, a fost zadarnică, judecând după analizele făcute de d-l prof. Puşcariu, a căror concluzie e următoarea:

„Fântânile analizate, cu toate că sunt prevăzute cu pompe, conţin o apă absolut impură din punctul de vedere bacteriologic, având un număr mare de bacterii, în special licuefianţi şi suspecţi. In multe din aceste fântâni s'a găsit un mare număr de bacterii, din grupul Coli, printre care, în pompa No. 6 din valea Ciricului, un bacil cu toate caracterele de tific; iar în fântânele 5 şi 11 din aceiaş regiune, bacili cu caracter paratific, şi în fântânile 10, 12, 13, 14. tot din această regiune, precum şi la Trei Fântâni şi Rediu, s'au găsit bacilii Coli comun".

D-l prof. Manicatide mai spune că aceste puţuri cu pompe fuseseră în special recomandate pentru alimentarea publică. Nici odată! Pe fie-care saca stă scris cu litere citeţe: „Apă bună de băut *numai* după ce se va ferbe"; şi publicul face foarte bine dacă nu uită acest sfat.

Trecem peste alte rectificări, — făcând observaţiunea generală că ar fi bine să se spună numai ce e în text; — corectăm o eroare de tipar strecurată în replica noastră — în loc să se imprime: „dacă s'ar fi făcut aceiaşi anchetă printre sutele de interni şi interne", s'a cules „interni şi *externe*", — şi revenim la tema principală. Inainte însă o mică parenteză: D-l prof. Manicatide spunea că, pe lângă bacilul tific, putuse să izoleze din apa de conductă un bacil semănând cu al dizenteriei. Mai departe însă adăoga: „Am identificat aceşti bacili după regulă"... Faptul că vorbia în plural ne-a făcut să credem că amândoi au fost identificaţi, şi atunci nici unul nu mai semăna. D-sa rectifică textul, prin urmare nu mai insistăm.

Se pare că d-l prof. Manicatide e sub imperiul unei confuzii privitor la dispoziţia captărilor care dau apa conductei principale; şi spre a limpezi lucrul, vom face o mică descripţie a lor.

Captările acestea sunt făcute în deosebite puncte ale versantelor unui întins platou aşezat la răsărit de Iaşi, şi ele se varsă în camera apelor prin conducte speciale, care se numesc: Aroneanu de sus, Aroneanu de jos, Şeapte oameni şi Uzina Ciric — numiri date după localităţile unde sunt făcute captările. Dispoziţia aceasta prezintă un mare avantagiu; căci în caz de contaminări, fie-care captare se poate analiza, ameliora, sau la nevoe suprima.

Afară de acestea, mai e încă o captare făcută lângă satul Aroneanu (singurul sat de pe platou), care constă dintr'un dren superficial şi primitiv — un fel de rigolă închisă deasupra — al cărui conduct se varsă în unul din precedentele. Tocmai captarea aceasta fusese bănuită de d-l prof. Manicatide că s'ar fi infectat, de oare-ce în satul de lângă ea au fost cazuri de tifus înainte de isbucnirea epidemiei în Iaşi. Făcând o legătură între contaminarea ei şi izolarea bacilului tific, la 5 August, rezulta că această captare, nu numai că a provocat izbucnirea epidemiei, dar a întreţinut-o până cel puţin după jumătatea lui August. Legătura aceasta, în contrazicere absolută cu realitatea, ne-a îndemnat să replicăm, căci ea constituia o quasi învinuire. Adevărul e că drenul acesta, al cărui debit nu era mai mare de 10 m^3 în 24 ore, a fost înlăturat la începutul lui Iulie, cu vre-o 12 zile după izbucnirea epidemiei. Intru cât el a provocat isbucnirea acestei epidemii, e o altă întrebare.

De astă dată, d-l prof. Manicatide face corelaţia între analiza d-sale şi o altă captare, pe care în adevăr unul din noi a derivat-o din oraş la jumătatea lui August. Ea e aşezată la câţi-va chilometri de satul Aroneanu, şi constă din galerii vizitabile a căror conductă se împreună cu cea numită Uzina Ciric spre a se vărsa în casa apelor. Corelaţia aceasta ridică o chestie foarte importantă; şi dacă în analiza d-lui prof. Manicatide nu s'a strecurat vre-o eroare, ea contribue a preciza înlănţuirea cauzelor care au pricinuit şi întreţinut epidemia din Iaşi. Vom expune numai faptele, lăsând comentarea lor pentru altă dată.

In jumătatea a doua a lui Iulie, analizele chimice şi mai cu seamă cele bacteriologice ale apelor celorlalte captări rămase, garantau puritatea lor. Iată însă că în prima jumătate a lui August, autoritatea comunală ne comunică o adresă formală a d-lui prof. Manicatide în care spunea că a reuşit să izoleze bacilul tific din apa conductei principale. E lesne de înţeles alarma şi surpriza noastră. Pe de o parte nu puteam contesta această afirmare, care însemna că una sau mai multe din captările rămase se contaminează, pe de altă parte ne aminteam de rezultatele negative ale analizelor precedente.

Ar fi fost totuşi o imprudenţă, să trecem cu uşurinţă peste această afirmare, încât a trebuit să revizuim din nou captările; şi părându-ni-se că cea despre care vorbim ar fi singura care s'ar putea suspecta, am derivat-o spre abator, micşorând prin aceasta foarte puţin debitul total al apei de conductă, căci abatorului nu i s'a mai dat apă din oraş. Indată după aceia, am desinfectat conducta principală, umplând toată reţeaua cu o soluţiune de acid sulfuric brut 2°/₀₀ şi hipermanganat de kaliu 1°/₀₀, astupând toate cişmelele şi ţinând ast-fel soluţiunea pe loc mai multe ore. In sfârşit, cum cazurile de tifus se înmulţiau în oraş, şi ne era teamă ca personalul de serviciu să nu contamineze apa prin locurile accesibile de pe traectul conductei principale, a trebuit să închidem ermetic acele puncte şi să recomandăm o specială supraveghere a acestui personal.

Eram foarte nerăbdători să vedem întru cât curba epidemică va fi influenţată, şi ce rezultat vor avea analizele captării derivate. Tifusul s'a menţinut cu aceiaşi tenacitate; ba din contră, pe când în August au fost 199 cazuri noi, luna Septembrie s'a încheiat cu 223 şi Octombrie cu 273. Analizele chimice şi bacteriologice au fost complect negative.

Ne mulţumim de o cam dată cu expunerea faptelor şi lăsăm interpretarea lor perspicacităţii cititorului.

In aceiaşi adresă, d-l prof. Manicatide, propunea ozonizarea apei din conducta principală, aceasta însemna ozonizarea apei din captările ce mai rămăseseră, adică Aroneanu-de-sus, Aroneanu-de-jos, Şeapte oameni şi Uzina Ciric.

Inainte însă de a propune instalarea unei ast-fel de uzine — al cărei cost am preferi să-l cunoaştem după devizul unui inginer, care s'ar angaja să-l execute fără să piardă sau să treacă peste el — era indicat să vedem dacă analiza d-sale va mai fi coroborată de altele. S'a rugat deci Institutul de chimie din Iaşi, d-l dr. Mezincescu şeful laboratorului de igienă din Galaţi, d-l dr. Vasilescu bacteriologul comunei Bucureşti, şi d-l prof. Puşcariu să analizeze apa captărilor rămase şi cea din traectul conductei. Dăm în extenso, rezultatul lor:

Analiza chimică. Dozarea in miligrame la litru

Numele captării	Materii organice în		Amoniac	Nitriţi	Nitraţi	Cloruri
	Mn O^4 K	Oxigen				
Aroneanu de sus .	4,42	1,12	Nu conţine	Nu conţine	Nu conţine	Urme
„ „ jos .	3,16	0,80	„ „	„ „	„ „	„
Şeapte oameni . .	4,26	1,08	„ „	„ „	„ „	„
Uzina Ciric . . .	5,37	1,36	„ „	„ „	„ „	„

Analiza d-lui dr. Mezincescu, făcută la 31 August — 2 Septembre

Apa din basinul colector al tuturor captărilor conţine 58 colonii în cmc., B. Coli în 300 cmc., după procedeul Vincent, absent.

Apa din basinul de la Golia (intercalat în oraş pe traectul conductei principale) conţine 92 colonii pe cmc. Coli în 300 cmc., după acelaş procedeu, absent. Insămânţări pentru tific din 4 litri apă, după sedimentare cu sulfat de sodiu, pe 10 plăci Drigalski de 22 cm. (în total 3600 cm^2 suprafaţă de agar) — *rezultat negativ.*

Analiza d-lui dr. Vasilescu, făcută la 21 Septembre

Apa din conducta Aroneanu-de-sus, în mediu 9 bacterii la cmc.
„ „ „ Aroneanu-de-jos „ „ 0 „ „ „
„ „ „ Şeapte Oameni „ „ 2 „ „ „
„ „ „ Uzina Ciric „ „ 5 „ „ „

Precipitând un litru de apă cu sulfat de fer $10^0/_{00}$ şi carbonat de sodiu 3 gr., centrifugând precipitatul şi însămânţând în serii pe mediul agar-bulion cu 5 gr., bilă concentrată, în cristalizoare Petri, multe cristalizoare au rămas sterile, iar în câte-va nu s'a desvoltat decât bacterii banale; nici vorbă de colonii care să semene cu tificul sau alte bacterii patogene, nici chiar cu coli comun. Acelaş lucru şi în cristalizoarele cu gelatină.

Analiza d-lui prof. Puşcariu, din 22 Octombrie.

Aroneanu de sus . . .	35 bacterii la cmc;	0 licuefianţi
Aroneanu ne jos . . .	36 „ „ „	0 „
Şeapte Oameni	45 „ „ „	0 „
Uzina Ciric	30 „ „ „	0 „
Golia	72 „ „ „	0 „

„Apa din conducte e destul de pură după analiza noastră din urmă“.

Acesta e rezultatul analizelor. D-l prof. Manicatide publică însă în Septembrie studiul d-sale, şi insistă din nou asupra necesităţii ozonizărei acestor ape. Ne-am grăbit a publica replica propunând un examen contradictoriu; şi vom fi fericiţi a afla adevărul, ori de care parte ar sta.

Un ultim cuvânt.

D-l prof. Manicatide se plânge de micile noastre răutăţi. Il rugăm să creadă că se înşeală; căci justificarea nu se poate aduce. Din potrivă, socotim că replicei noastre şi acestui răspuns nu le lipsesc moderaţiunea şi urbanitatea. Spuneam numai că ancheta în şcoli trebue făcută cu mult discernământ. Şi să dăm o pildă:

La începutul acestui an şcolar s'au ivit în Liceul Internat 6 cazuri de tifus. Ar trebui oare să încriminăm captaţia Universităţii din care se alimentează şi acest internat? Ar fi pe cât de imprudent pe atât de riscat fără o cercetare mai amănunţită.

Şi fiind-că e vorba de mici răutăţi, în o scrisoare relativă tot la replica noastră şi publicată în „Voinţa Naţională“ din 10 Noembrie, d-l prof. Manicatide vorbeşte de „psichologia unei părţi din pătura zisă *cultă* de la noi“.

Foarte mulţumim de compliment.

Dr. C. Popescu şi Dr. A. Slătineanu

FAPTE CLINICE

Serviciul chirurgical din Spitalul militar „REGiNA ELISABETA“

Medic Col. Dr. M. CĂLINESCU şi Med. Ajutor Dr. GOMOIU

Un caz de torsiunea mezenterului

cu

strangularea intestinului angajat într'o fisură a acestuia; anomalii cardio-renale.

Cu toată mulţimea mijloacelor de investigaţiune pe care le posedăm astăzi, rămân totuşi destul de dese cazurile în care clinica apare complect dezarmată, şi în care numai reminiscenţa unor cazuri similare ar fi în stare să ne ajute la punerea unui diagnostic pe baza căruia să putem institui terapeutica necesară.

Iată pentru ce am găsit necesar să facem cunoscută observaţia clinică a acestui bolnav care, sfidând clinica, a reclamat intervenţia unuia din vechile mijloace de diagnostic — ascuţişul cuţitului, ca să putem descoperi un capriciu al naturei, faţă de care toate mijloacele terapeutice omeneşti s'au zădărnicit foarte repede.

Aşa chiar, lipsită complect de multiplele comentarii la care se pretează, istoria clinică a acestui bolnav este plină de învăţăminte pentru practica noastră, căci repetăm, în afară de cunoştinţa noţiunilor precise ale patologiei, numai inspectarea unei colecţiuni de atari curiosităţi, ne poate ajuta să recunoaştem şi să salvăm cazurile nenorocite ce întâlnim une ori ca consecinţă a cine ştie cărei bizarerii de architectură a naturei.

Observaţiunea în cestiune, priveşte pe un brigadier Fr. Gh. în etate de 22 ani, făcând parte din Esc. 2 de trenari. Numitul declară că în seara (ora $6^1/_2$) zilei de 16 Octombrie 1909, a mâncat ciorbă de fasole cu pâine, iar la ora 10, înainte de a se culca, a avut un scaun. După mijlocul nopţei (ora 12—1) se deşteaptă şi este apucat de vărsături care s'au repetat până la ziuă. Durerile suferite au fost atât de puţin violente în cât el se plângea că „vărsăturile“ nu l-au lăsat să doarmă toată noaptea.

In dimineaţa zilei de 17 Octombre, vine în spital şi este repartizat la serviciul medical. Aci 'i se pune diagnosticul de peritonită acută, sub punctul întrebărei, şi la ora 10 jumătate este evacuat în serviciul nostru.

Procedând la examen, constatăm că bolnavul păstra perfect luciditatea minţei şi răspundea bine-voitor la ori-ce întrebare, părând chiar prea puţin îngrijorat, dar, expresiunea figurei trădau mai bine de cât ori-ce starea lui gravă. Tegumentele erau foarte palide şi pergamentate; ochii escavaţi, dar limba era umedă şi curată. Pulsul radial nu se simţea de loc. Temperatura axilară era 35^8.

Abdomenul era balonat şi prezenta, la percuţie, o sonoritate timpanică periombilicală, care se întindea în jos şi în sus, de la ipogastru până la epigastru. In fosa iliacă dreaptă, dar mai ales în flancuri, se constată o matitate foarte pronunţată, care pare puţin deplasabilă. Existenţa acestei matităţi ne-a făcut să recurgem şi la unul din mijloacele diagnostice aproape uitate în chirurgia modernă — la puncţie. Se face puncţia cu seringa Pravaz, în flancul drept, şi se extrage un lichid sanguinolent şi fetid. Ori, departe de a fi luminat diagnosticul, această puncţie cu rezultatul ei n'a făcut de cât să complice şi mai mult cestiunea.

In adevăr, până aci era întrebarea primă: ce boală era aceasta care, în interval de 10—11 ore, adusese pe individ într'o stare atât de gravă? — el care cu atâtea ore mai nainte fusese perfect sănătos. Ce boală putea fi aceasta care să'i provoace vărsăturile aşa îndată după masă, să'i permită a avea scaun; apoi să-i scadă temperatura la 35^8, dar să'i păstreze limba curată şi umedă? Era vorba oare de o peritonită, cum diagnosticaseră confraţii de la serviciul medical, ori era vorba de o torsiune a stomacului, ori de un volvulus al colonului, ori de o oclusie intestinală obişnuită? de o strangulare oare care? Ori, în afară de intoxicaţie, ce infecţie putea fi discutată aci? Iar peste acestea, puncţia ne mai întreabă: de unde provine acel lichid sanguinolent puturos? E vorba de o ruptură sau de o stază prin răsucire a unui organ? dar care, unde şi cum s'a produs? Cu 10—11 ore mai nainte, individul se culcase sănătos.

Pentru complectarea observaţiunei, am sondat bolnavul şi am găsit vesica urinară goală. La pulmoni nu s'a constatat nici un zgomot anormal. Din contră, la cord exista un suflu particular ce însoţea ambii timpi şi care se propaga şi în axilă, căruia, pentru motivul ce vom arăta şi bazaţi numai pe spusele cărţilor, îi dedesem o interpretare greşită. Percuţia ficatului era sensibilă dar nedureroasă. Presiunea abdominală era singura care provoca dureri insuportabile bolnavului.

După ce am pus înainte şi am discutat toate posibilităţile, neputând ajunge la rezolvarea problemei — căci fie-care din afecţiunile discutate îşi aveau reprezentantul ei simptomatic dar tabloul clinic întreg nu putea susţine nici una, şi, fiind-că starea bolnavului nu mai permitea nici o întârziere, am recurs la mijlocul, poate mai puţin permis astă-zi, dar singurul care mai rămăsese — la laparotomia exploratoare.

La ora $11^1/_4$, după ce s'a făcut sterilizarea câmpului operator, primul dintre noi, ajutat de medicul secund, d-l Căpitan Dr. M. Butoianu, s'a procedat la intervenţie. Anestezia s'a făcut prin cloroformizare cu aparatul Roth-Draeger, condusă de cel de al doilea dintre noi.

De şi pulsul bolnavului nu se simţea deloc, de la început, totuşi, acesta a suportat foarte bine cloroformizarea, care a durat 2 ore ($11^1/_4$—$1^1/_4$). S'a început administrarea cloroformului, progresiv, cu câte 5—15—30—50—75 picături pe minut, amestecat cu oxigen sub 4 atmosfere; au lipsit excitaţiunile iniţiale. S'a continuat cloroformizarea, în prima jumătate a operaţiei, cu câte 15 picături pe minut iar în a doua jumătate, numai cu câte 5 picături. Bolnavul n'a avut deloc vărsături în timpul operaţiei; deşteptarea a fost uşoară.

Se face laparotomie mediană supra şi sub-ombilicală.

La deschiderea abdomenului, ansele intestinale foarte destinse evadează imediat prin deschizătura făcută. De oare ce prin volumul lor enorm acopereau complect plaga abdominală şi împedicau ori-ce orientare, se forţează incisiunea, prelungindu-se până la apendicele xifoid şi până aproape de pubis. Se evacuează din abdomen toate ansele intestinale şi se constată, în cavitatea peritoneală, existenţa unei cantităţi abondente de lichid sanguinolent, care, se videază prin tamponarea cu comprese sterile.

După această exenterare a anselor intestinului subţire, se constată că, în loc de evantaliul anatomic normal, aceste anse se prezentau în nişte raporturi de nerecunoscut faţă de pedicului lor mezenteric — care mezenter, era răsucit complect, odată şi jumătate, în jurul axei (lungimei) sale. Numai după ce se detorsionează mezenterul împreună cu ansele care suspendau de dânsul, se poate recunoaşte că o parte din ansele intestinului subţire (jejunul) erau angajate printr'o butonieră (fisură), probabil congenitală, care exista în mijlocul acestui mezenter.

Porţiunea de intestin de la duoden până la nivelul unde se angajasă în butoniera mezenterică, era destinsă şi cu pereţii roşii, iperemiaţi; la nivelul fisurei intramezenterice, cele două porţiuni ale intestinului — de ducere şi de întoarcere erau complect strangulate; ansa pătrunsă dincolo de această strangulare era extrem de dilatată şi pereţii ei aveau o culoare violacee-verzue; restul intestinului, în urma strangulării, avea culoarea şi volumul normal. Luciul peritoneal este însă perfect conservat pretutindeni.

Se încearcă o degajare a anselor, prin simplă tracţiune, dar nu se reuşeşte — pe de o parte din cauza orificiului mic prin care erau angajate şi a strangulărei puternice, iar pe de altă parte din cauza volumului enorm pe care 'l dobândiseră ansele strangulate. Pentru a ajunge la rezultatul dorit, s'a lărgit, prin secţiune cu bisturiul, orificiul mezenteric şi astfel s'au putut atrage şi descurca ansele. Dar, această debridare a mezenterului, nu mai mult de cât suficientă pentru liberarea anselor, a avut de rezultat privarea de mezenter a unei porţiuni considerabile din intestin, care se găsea acum compromisă în nutriţiunea ei, din cauza secţiunei vaselor (a pediculului).

Se procede atunci la o a doua intervenţie — complimentară dar imperios cerută, şi se rezecă o porţiune de intestin pe o întindere de 90 ctm., făcându-se apoi o entero-stomosă termino-terminală (cap la cap). Se închide spărtura mezenterică prin cusătură cu fire de catgut. Se spală cavitatea abdominală cu ser artificial cald şi se uscă prin tamponare cu comprese sterile. Se repun toate ansele în cavitatea abdominală, şi se închide peretele anterior prin sutură în trei straturi separate. Pansament uscat, aseptic.

In timpul operaţiei s'a făcut bolnavului o injecţiune subcutanată cu 600 grame ser artificial, iar către sfârşitul operaţiei 'i s'a injectat 800 gr. ser, intravenos. După operaţie, 'i se fac injecţiuni cu cafeină şi eter, şi se încălzeşte cu ploşti calde.

După deşteptare, bolnavul acusă dureri mari în pântece, şi la ora 2 'i se face o injecţie cu morfină.

Cu toate injecţiunile făcute, starea bolnavului nu se remontează însă câtuşi de puţin, pulsul tot nu se simte, ochii 'i se sting treptat şi, la ora 4.45, bolnavul sucombă.

In ziua de 19 Octombrie ora 11 jumătate se face necropsia cadavrului. Rigiditatea cadaverică persista; numeroase lividităţi pe abdomen şi pe spate.

La deschiderea cavităţei toracice se constată uşoare aderenţe între pleura viscerală şi parietală dreaptă; în pulmoni însă, nimic anormal. In cavitatea pericardică o mică cantitate de lichid seros. Examenul cordului, al cărui control eram ţinuţi să-l facem pentru confirmarea celor constatate în timpul vieţei, ne oferă o nouă surpriză nu mai puţin mare de cât aceea avută la operaţie.

Toate valvulele cardiace ca şi acele aortice erau normale iar cordagiile le permiteau o perfectă funcţionare. In schimb însă, peretele interventricular, în partea lui superioară şi, pe o suprafaţă cât o piesă de 50 bani, era redus la o simplă membrană transparentă, în mijlocul căreia se găsea un orificiu care permitea comunicarea celor două ventricule. De alt-fel, cordul nu părea de loc modificat ca formă sau ca volum.

Procedând la examenul organelor abdominale, am constatat că stomacul şi intestinele erau potrivit destinse şi'şi păstrau forma lor. Luciul peritoneal încă persistă pretutindeni. Am aplicat o ligatură imediat subdiafragmatică pe esofag, iar alta pe rect, şi am ridicat în întregime stomacul şi masa intestinelor împreună cu mezenterul pe-care-l am deslipit de la inserţia sa. Mezenterul se prezenta acum, de la rădăcină şi până la marginea liberă, ca două jumătăţi, unite prin suturile aplicate. Porţiunea de intestin, de la anastomoză şi până la cecum, măsura 70 ct. m. de lungime. Deschizând stomacul şi intestinele, am constatat că erau în întregime pline cu sânge murdar necoagulat. Mucoasa stomacului roşie vie, după o spălare mai îndelungată îşi redobândea culoarea roză; din contră, mucoasa intestinelor avea o coloraţie roşie închisă, negricioasă, care nu se modifică prin spălare; In unele puncte chiar tunicile submucoase erau infiltrate, căci secţiunile perpendiculare pe suprafaţa acesteia păstrau o coloare închisă negricioasă.

Ficatul, splina şi pancreasul nu prezentau nimic anormal.

In fine, sfârşitul acestei sumare şi grăbite necropsii, trebuia să ne ofere şi el încă o surpriză de aceeaşi măsură cu cele arătate; această nouă surpriză ne-a fost procurată de rinichii acestui fost caporal, cari, prin anomaliile pe care le prezintă, constitue o prea frumoasă piesă anatomo-patologică şi merită această descriere detaliată.

Rinichiul stâng, a cărui loge am atacat-o mai întâi, pentru a-l ridica, prezintă situaţia normală, şi la prima vedere chiar forma şi volumul normal. Deschizând logea renală prin faţa ei anterioară, am ridicat rinichiul de sus în jos şi căutând a-l atrage afară am constatat că polul său inferior se prelungeşte printr'o masă de parenchim renal care trece înaintea coloanei lombare, iar după aceea se urcă în dreapta ei până sub ficat. Prin două incisiuni transversale şi profunde, făcute deasupra şi dedesubtul acestei mase renale, am ridicat-o în întregime, împreună cu vasele (aorta şi vena cavă, cu ramurile lor).

După disecţia piesei, am constatat, cum se vede pe figură că, privită prin faţa ei posterioară, masa de parenchim renal pare a forma un rinichi unic în formă de potcoavă, pe care se desemnează foarte bine forma celor doi rinichi, drept şi stâng; rinichiul stâng oferă o suprafaţă mai mare ca de obicei şi aproape plană şi dreptunghlulară; cel drept din contră are o formă obădată dar, la partea lui superioară şi externă, prezintă o depresiune foarte marcată, datorită lipsei parenchimului renal şi înlocuirea lui printr'un ţesut fibros care se continuă până sub lobul drept al ficatului, de care aderă.

Polul inferior al rinichiului stâng se continuă printr'o masă de parenchim, în aparenţă normal, care pare a forma un al doilea rinichi şi de care e despărţit printr'o gâtuitură — un şanţ foarte pronunţat (adânc) în care se aşează o arteră ce vine direct din aortă. De îndată ce ajunge la rinichi, această arteră se împarte în două ramuri: una superioară, care se aşează într'un şanţ făcut pe marginea postero-externă a rinichiului stâng în care se înfundă, pătrunzându-l exact prin marginea lui externă; alte două ramuri inferioare şi anterioare, din care una pătrunde lobul prelungit, de care am vorbit, prin marginea lui inferioară şi posterioară, iar cea-laltă ramură pătrunde în şanţul ce desparte rinichiul stâng de acest al doilea rinichi, şi, după ce înînconjură rinichiul pe marginea lui inferioară se împarte din nou în alte două ramuri care de dinăuntru înapoi pătrund într'un fel de hiluri pe care le vom vedea pe faţa anterioară. Faţa posterioară a acestui al doilea rinichi este uşor deprimată, formând un fel de pat pentru artera aortă; depresiunea aceasta este cu atât mai pronunţată către marginea superioară care îmbrăţişează coloana vertebrală cu organele adjacente. Al doilea rinichi, de care am vorbit se continuă înaintea coloanei vertebrale printr'un al treilea, prin intermediul căruia se uneşte cu rinichiul drept. Linia de demarcaţie dintre al doilea şi al treilea rinichi este formată printr'o depresiune în şanţ săpat pe marginea inferioară, care este tot aşa de pronunţat ca cel dintâi şi care corespunde aproape exact liniei de trecere a venei cave. Cel de al treilea rinichi, separat de rinichiul drept printr'un şanţ abea aparent, prezintă pe marginea lui inferioară alte două scobituri şi ele puţin pronunţate. Suprafaţa lui, în loc de a fi plină şi rezistentă, formată de parenchim renal ca a celui al doilea, este din contră deprimată şi formată de un perete slab subţire, semănând cu peretele unui chist. Este de notat însă că marginile interne ale celor doi rinichi (drept şi stâng) cum şi marginea superioară a porţiunii intermediare, nu prezintă de cât o singură depresiune (şanţ), la punctul de unire al rinichiului stâng cu cel intermediar. Pe toată faţa lui posterioară, acest rinichi în potcoavă nu primeşte nici un alt vas, afară de cel citat. Capsula proprie se deslipeşte cu multă uşurinţă şi după ridicarea ei rămâne o suprafaţă cu totul netedă, normală.

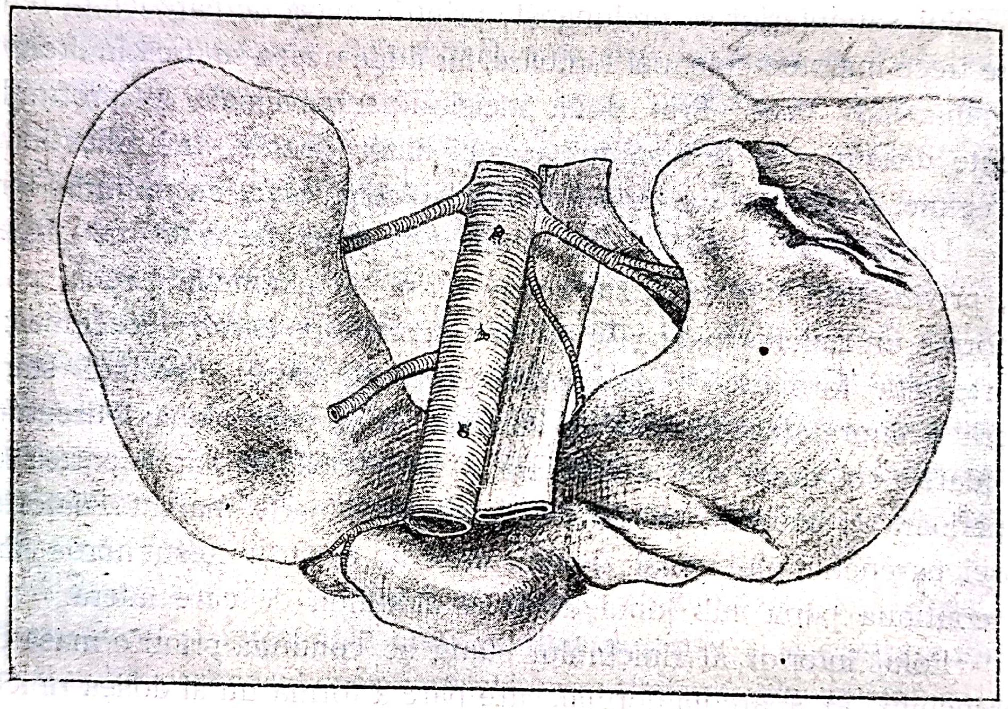


Fig. 1. (Faţa posterioară)

Privind vasele — aorta și cava, se văd o mulțime de ramuri mici cari merg în țesutul celulo-conjonctiv.

Afară de ramura pe care am descris-o și care naște cam la nivelul polului inferior al rinichiului stâng, aorta mai dă o arteră (renală) stângă, mai voluminoasă, care naște cam la nivelul polului superior al rinichiului, și alte două artere (renale) drepte (una mai groasă și alta mai subțire) care nasc aproape din acelaș punct, la nivelul polului superior al rinichiului drept și merg către acesta. Vena cavă, situată înaintea și la dreapta aortei, afară de venulele mici citate, primește, la acelaşi nivel cu ramurile arteriale, o venă renală stângă foarte lungă și foarte voluminoasă și o venă dreaptă foarte scurtă măsurând abia 2—3 ctm.

Este de notat faptul că în întregime porțiunea dreaptă a rinichiului era aşezată cam înaintea coloanei vertebrale.

Privit prin fața lui anterioară, acest rinichi se prezintă în adevăr sub o formă extra-ordinară; El pare a fi format din conglomerarea a șease rinichi — doi mari (drept și stâng) iar alți patru mai mici, cu hilurile, vasele și căile lor exerctorii (basinete și uretere).

In adevăr, partea inferioară și internă din fața anterioară a rinichiului stâng, este ocupată de o suprafață mai deprimată și neregulată, prezentând părți mai ridicate în monticuli mărginiți prin depresiuni în șanț iar la periferia acestei suprafeţe se găseşte un şanţ destul de pronunțat în partea superioară și externă și care constitue hilul rinichiului stâng. La partea cu totul superioară a acestui hil, pătrund două din ramurile terminale ale arterei renale stângi superioare. Imediat sub aceasta și înaintea ei, apar alte două ramuri care se împreună apoi imediat pentru a forma unul din brațele ce compun vena renală stângă.

Imediat sub ramurile venoase și inapoia lor, apare un basinet mic, tubular, de grosimea unui creion obișnuit — format din un tub mic care merge până aproape de mijlocul acestui rinichi, iar în jos se prelungeşte sub forma unui ureter, până la întâlnirea celui adevărat.

Locul de pătrundere sau eșire al acestor organe, este mărginit în năuntru și în jos de niște monticuli de parenchim. Monticulul situat imediat sub punctul de origine al basinetului citat, are o înălțime cam 1 ctm. și un diametru de 2—2½ ctm.

După el urmează o nouă depresiune oblungă — un fel de prelungire a hilului citat și de aceeaș profunzime ca hilul superior. Din acest hil apar două basinete tot unice, tubuliforme și de aceeaşi mărime, din care unul aparţine tot rinichiului stâng, iar altul pare a fi culegând urina secretată de proeminenţile din mijlocul suprafeţei citate, care formează ca şi un alt rinichi.

La partea inferioară a acestei suprafeţe ce ar compune un vast hil, pătrunde ramura externă şl superioară a arterei renale stângă inferioară. Inăuntrul şi mai jos de hilul superior amintit există o altă despresiune tot aşa de profundă ca el, formând un alt hil, în care pătrund două ramuri, din braţul inferior al arterei renale stângi superioare. De aci, iese două ramuri venoase care, împreună cu alte două pe care le voiu descrie imediat, formează o ramură a braţului

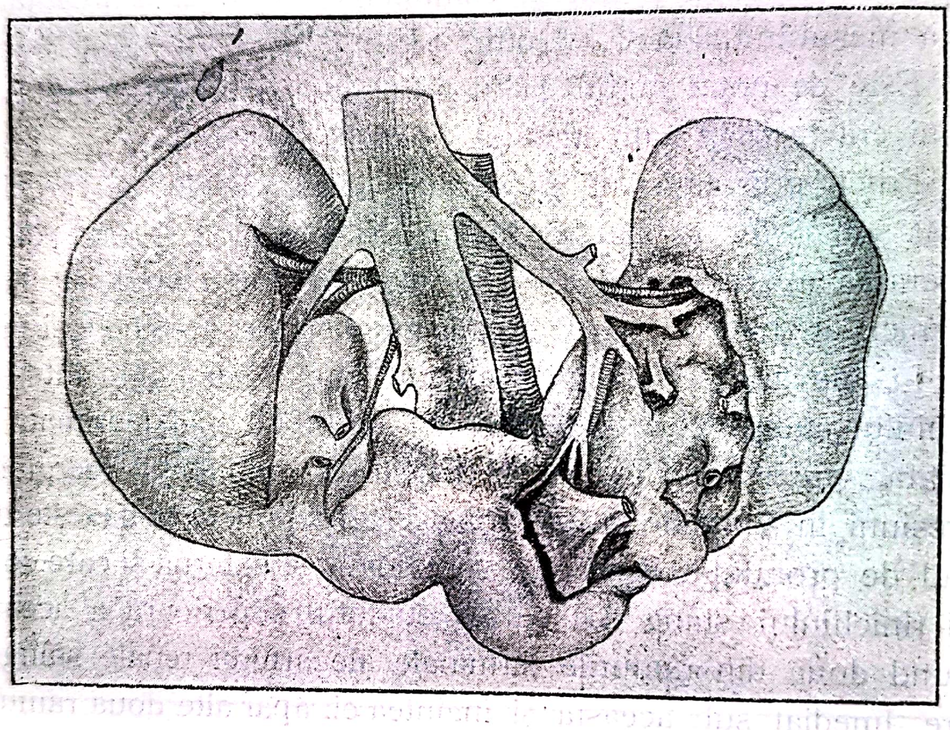


Fig. 2. (Faţa anterioară).

inferior al venei renale stângi. Dedesubtul şi în afara venei apare un basinet voluminos, format din două braţe dintre care unul culege urina porţiunei renale intermediare de care am vorbit, iar altul se adresează celei de a doua masă reniformă, care mai prezintă încă un basinet unic ce culege urina unui singur caliciu.

Inăuntrul ei, această a doua masă reniformă este mărginită de o depresiune mai pronunţată decât toate, care formează un hil perfect, cu concavitatea în afară. Acest hil aparţine unei a treia mase de parenchim renal, care are perfect forma şi volumul unui rinichi de copil, răsturnat — cu hilul îndreptat în afară. In acest hil pătrunde la partea lui superioară, două ramuri din braţul terminal inferior al arterei renale stângi superioare; de aci ies ramuri cari compun braţul inferior al venei, şi un basinet enorm, compus din 4 braţe mari, dintre care două se adresează rinichiului al doilea iar celelalte două, rinichiului al treilea. Sub acest basinet, la extremitatea inferioară a hilului pătrunde o ramură arterială care formează braţul intern al arterei renale stângi inferioare.

Acest al treilea rinichi, se continuă prin polul său superior, cu un al patrulea rinichi, de aceeaşi formă dar de un volum mult mai mic. Acest al patrulea rinichi ocupă o situaţiune absolut inversă celui descris, continându-se cu al III-a prin convexitatea lui, iar concavitatea sa, cu hilul, sunt îndreptate în afară către dreapta. La acest al cincelea hil, vine artera renală dreaptă inferioară, care dă câte-va mici ramuri în partea superioară a hilului iar după aceea se împarte în două ramuri, din care una pătrunde la partea inferioară a hilului iar alta trece peste acest rinichi pentru a pătrunde într'un alt al 6-a hil, pe care'l vom vedea imediat. Din acest al cincelea hil apar câte-va ramuri venoase care se întrunesc în una singură pentru a ajunge la cavă.

In afara (dreapta) acestui hil, se ridică o nouă masă reniformă (a V-a), din faţa anterioară a căreia apare un basinet mic tubuliform, cu pereţi groşi. Această a V-a masă reniformă, este limitată în afară de un al şeaselea şanţ (hil). Prin partea sa inferioară pătrunde una din braţele arterei renale drepte inferioare, iar prin partea lui superioară primeşte o ramură din braţul anterior extern al arterei renale superioare. Tot de aci ies mai multe ramuri venoase, care compun braţul anterior al venei renale drepte.

Cel de al V-a şi VI-a şanţ hiliform se unesc la partea lor superioară pentru a forma o scobitură foarte adâncă care formează adevăratul hil al rinichiului drept, şi ocupă regiunea superioară şi internă a acestui rinichi. In acest loc pătrund ramurile arteriale care compun braţul superior şi posterior al arterei renale drepte superioare. Tot de aci apar ramurile venoase care compun braţele extern şi posterior al venei renale drepte. Nu există însă nici un basinet la acest nivel.

Este de notat faptul că pe când cele patru mase reniforme d'întîi sunt formate de un parenchin plin şi sănătos în aparenţă — substanţă corticală şi piramide de aspect normal, din contră, cea de a V-a şi a VI-a masă formează adevărate kyste, cu un perete gros, resistent, de aspect fibros, şi în care se distinge foarte puţin parenchim renal, şi cu un conţinut lichid transparent (apos). Peretele posterior al acestor rinichi kistici e format de un strat destul de gros de parenchim renal, cu aspectul normal—cu substanţa corticală groasă; piramidele renale converg aci toate către interiorul kystului, care pare a le fi servit drept basinet.

Polul superior al rinichiului acesta ultim (drept) e complect transformat într'o masă de ţesut fibros, turtită, ca un ligament şi aderă de faţa inferioară a ficatului.

Iată dar povestea atât de lungă şi de frumoasă pentru patologie, dar tot atât de tristă pentru cel ce ne-a oferit subiectul ei.

Or, dacă sfârşitul tragic al acestui bolnav ne-a dat ocaziunea să adăogăm atâtea de multe şi frumoase lucruri în cartea cea prea mare a boalelor, nu este mai puţin adevărat că învăţămintele ce trăgem de aci, ne vor servi poate ca, cu altă ocaziune să putem renunţa de bună voe a le revedea şi a preântâmpina dela început răul cel mare—spre o mai mare satisfacţiune şi a noastră şi a celui ce ar fi în cauză.

Din ascultarea sau citirea acestei lugubre povestiri, se poate recunoaşte uşor frumuseţea ei admirabilă—în limbagiul nostru cinic—şi importanţa ei practică deosebită, pentru meseria noastră nobilă.

Mai nainte de toate, acesta este unul din cazurile acelea rarisime care nu se pot consemna în tratate ca aparţinând unui anumit capitol şi nici măcar nu se găsesc grupate în vre-o monografie.

In adevăr, se cunosc destul de bine astă-zi şi se consideră ca relativ frecuente răsucirile care dau volvulusul colonului; se cunosc bine strangulările intestinului subţire în una din fosetele peritoneale; se cunosc chiar destule cazuri de torsiunea epiploonului; se citează, de şi mai rar, cazuri de strangulare internă sau torsiune printr'o anomalie a mezentericelor, care formează adevărate bride—cum sunt cazurile mai recente ale lui Konjetzny, (1) Phelip, (2) Kirschner, (3) von Haberer(4), Lenormant şi Delangre(5) etc.

---

(1). G. E. Konjetzny.— Ueber eine anormale Mezenterialbildung und ihre Beziehung zur aetiologie des Darmverschlusses. *Deutsche Zeitschrift für chirurgie Leipzig* 1909, Vol. 97, pag. 224—242.

(2). A. Phelip.— Occlusion intestinale par volvulus de l'anse intestinale mézentérique autour des vaisseaux mésentériques supérieures. *Bull. et mémoires de la Soc. Anatomique,* Paris 1909 Vol. 84. pag. 463.

(3) M. Kirschner, — Ueber einen Fall mezenterialer Bildungsanomalie, *Beiträge sur Klin. Chirurgie,* Tübingen, 1908—1909. Vol. 61. pag. 615—628.

(4) von Haberer. — Un cas de oclusie arterio-mezenterică a duodenului. — XXXVIII-lea congres al societăţei germane de chirurgie, Berlin, 17 Aprilie, 1909.

Lenormant (de Paris), Delangre (de Tournai). — Iléus duodénal postopératoire consécutif à la compression du duodénum par la racine du mésentère. XXII-è Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris, 4 — 9 Octobre 1909. *Presse méd.* No. 87, pag. 772.

Apoi, dacă se citează chiar cazuri de ocluziune intestinală prin torsiunea mezenterului, ca acelea ale lui Latarjet, (1) Costa, (2), Brunswic-le-Bihan, (3) Billington, (4) Blecher, (5) Bruning, (6) etc.;

Dacă se citează chiar un caz ca acesta al nostru — de angajarea intestinului într'o fisură mezenterică — cazul lui Rutherford (7);

Dacă, în genere,cazurile de malformațiuni ale inimei sunt atât de frecuente, și chiar acele în speță—de comunicațiune interventriculară, au fost raportate de curând de Reussaet(8), Minet și Verhaeghe(9), Minet și Gérard(10), Gandy și Brulé(11), Halipré(12), Keith(13), etc.;

---

(1) Latarjet. — Occlusion intèstinale chez un nouveau-né par torsion localisée de mesentère. *Bulletin de la Soc. d'obstétrique* de Paris 1908, T. XI, pag. 397 (Lyon chir T. 1. pag. 529).

(2) G. Costa.— Occlusione intestinale per torsione di tutto l'intestino tenue e del suo mesentere. *Clinica chirurgica*, Milano, 1909, Vol. XVII, pag. pag. 373-421.

(3) Brunswic-le-Bihan.— Occlusion intestinale par torsion double et totale du mésentère. *XXII è Congrès français de chirurgie*, Paris 4—9 Octobre 1909.

(4) W. Billington.— A case of volvulus of the entire small intestine, etc. *The Lancet*, London, 1909, Vol I. pag. 678.

(5) Blecher. — Der volvulus des gesamten Dünndarms und aufsteigenden Dickdarms, bei Mezenterium ileocaecale commune. *Deutsche Zeitschr. für chirurgie*, Leipzig, 1909, Vol. 98, pag. 521—533.

(6) A. Bruning.—Netztorsion und Brucheinklemmung. *Deutsche medicinische Wochenscrift*. 1909, Vol. 35, pag. 532—534.

(7) H. Rutherford.—Intestinal obstruction in the newborn: strangulation trough a hole in the mezentery. *Glascow medical Journal*, 1909, Vol. 71 pag. 87-90.

(8) A. Reussaet—Cyanose congénitale paroxystique; persistance du canal arteriel; inocclusion du trou de Botal. *Bull. et. Mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, 1908, Vol. 83, pag. 462.

(9) I. Minet et Et. Verhaeghe.— Large communication interventriculaire chez un homme de 67 ans. *Bulletin de la Soc. de Médecine du Nord*, Lille, 1909, pag. 439.

(10) I. Minet et Gérard.—Communication interventriculaire. *Echo médical du Nord*, Lille, 1909, Vol. XIII, pag. 68—70.

(11) C. Gandy et Brulé.— Lésions congénitales multiples du coeur: communication interventriculaire et inocclusion du trou de Botal, etc. *Bull et Mém de la Soc. Anatomique de Paris*, 1909, Vol. 84, pag. 36-40.

(12) A. Halipré—Maladie bleue (maladie de Fallot); communication interventriculaire etc. *Normandie médicale*, Rouen, 1909, Vol. XXV, pag. 102—107.

(13) Keith.— Asupra malformațiunilor inimei. *The Lancet* London, 14 August 1909.

In sfârşit, dacă spitalele şi sălile de autopsii ne-au dat ocasiunea să vedem atâtea şi atâtea fapte patologice, unele mai surprinzătoare de cât altele, dar, puţine sunt tablourile patologice zugrăvite cu atâtea culori ca acela al cazului descris, a cărui disecţiune minuţioasă ar fi putut să descopere încă atâtea alte anomalii vasculare, musculare, sau nervoase.

Consideraţiunea generală pe care am făcut-o asupra acestui cas se impunea fiind-că cunoştinţa coexistenţei atâtor anomalii, ne explică mai uşor unul din fenomenele grave care a produs sau cel puţin a grăbit sfârşitul acestui bolnav. Am zis aci că a produs, sau a grăbit, fără a preciza faptul, fiind-că pe când în unele casuri de oclusiune prin simpla torsiune a mezenterului, bolnavul s'a vindecat — cum e cazul lui Brunswic-le-Bihan (din Tunis) în care s'a intervenit tocmai a 6-a zi, din contră, în alte cazuri — majoritatea poate, pentru a nu cita de ex. de cât unul din cele mai recente (cazul lui Goldberg (1)), intestinul s'a gangrenat foarte repede.

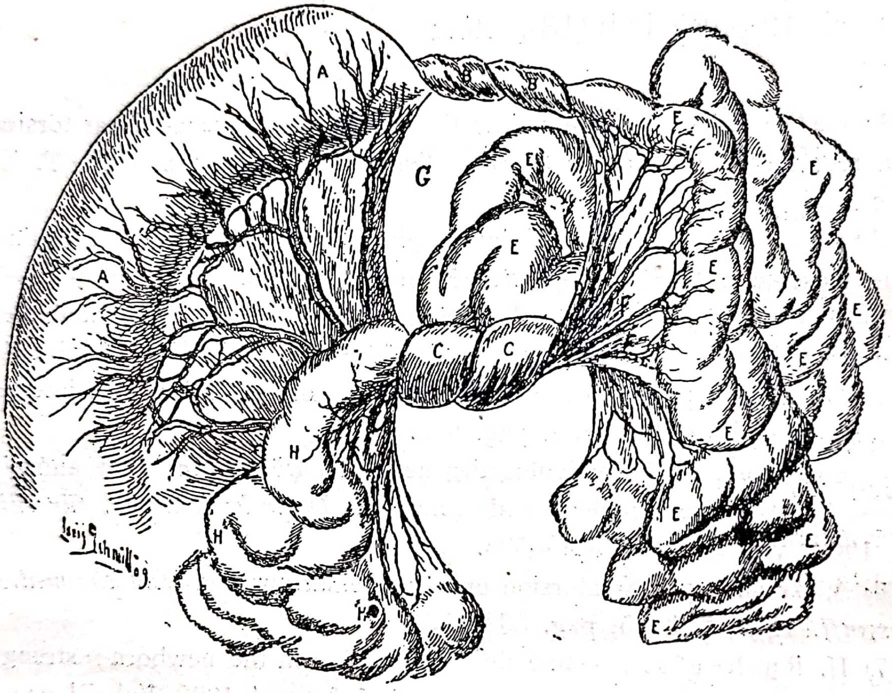


Fig. 3.

De asemenea, cunoştinţa acestor anomalii ne va fixa în minte posibilitatea angajerei şi a unei strangulări interne printr'o atare fisură a mezenterului — fisură care poate fi congenitală, ca în cazul lui Rutherford și probabil și al nostru, sau o fisură traumatică ca în cazul lui Carnett(1) (figura 3).

---

(1) H. Goldberg.—Gangrena flexurei sigmoide prin răsucirea mezenterului. *Przegl. lekar.* etc. Krakow, 1909, Vol. 48, pag. 169.

Dar, dacă întrevedem sau putem explica această torsiune printr'o alungire anormală sau o dispoziție particulară a mezenterului, și dacă asocierea acestor două fapte — torsiunea cu strangularea intestinului ne-ar putea explica moartea atât de grabnică a bolnavului, prin colaborarea mecanismelor fatale a amândorora, este însă mai greu a determina factorul cauzal imediat care a determinat pe de o parte introducerea intestinului prin fisură, iar pe de alta, răsucirea întregei mase entero-mezenterice.

In adevăr, pe când din cărți cunoștem că un prânz copios, sau grăbit, etc. este cauza determinată a unor asemenea strangulări, fapt susținut de curând de Silberg,(2) apoi, sunt alți autori, ca: Spassokukotzky (3) care susțin din contră, că ajunarea poate fi cauza diferitelor occluzii.

Or, în cazul bolnavului nostru, ciorba lui de fasole nu pare a fi fost o masă tocmai copioasă. Mai mult încă, dacă ținem seamă că în tot tubul intestinal până la colonul inferior, nu s'a găsit nici o urmă de alimente, nu este de mirare ca strangularea să se fi produs încă din timpul zilei, când bolnavul era flămând, iar masa lui de seară n'a făcut de cât să accentueze mișcările peristaltice și să provoace torsiunea mezenterului. In timpul nopței el a vărsat toate alimentele ingerate, deci înainte de a ajunge în tubul intestinal, iar dimineață n'a vărsat de cât bilă. Traumatismul nu poate fi invocat în cauză, fiind-că n'a existat.

In ce privește simptomatologia și diagnosticul acestor cazuri, ni se pare că este de prisos a mai insista. Pe cât era de imposibil de stabilit înainte de operație, pe atât de ușor pare acum după ce am controlat faptele sub cuțit. Aceasta constitue, mai ales, unul din punctele importante ale observației de față, căci reținând simptomatologia prezentată de acest bolnav și excluzând cele-l'alte afecțiuni similare, pe baza cunoștințelor bine stabilite din patologie, vom ajunge probabil ca să afirmăm diagnosticul.

---

(1) I. B. Carnett. — Un cas d'obstruction intestinale due à un volvulus à travers une déchirure traumatique du mésentère. *University of Penna. Med. Bull.* vol. XXII, No. 5, Iulie 1909, pag. 172 — 174. (După journal de Chirurgie).

(2) Silberg (din Odesa). — Vezi Spassokoukotzky în *Russky Vraci* vol. VIII, No. 29, Iulie 1909, pag. 969 — 972.

(3). S. Spassokukotzky Volvulus intestinorum als Krankheit des hungernden Menschen. *Archiv für klin. chirurgie,* 1909, Bd. 91, h. 1 pag. 211.

Nu mai puţin interesant este învăţământul ce putem trage din punct de vedere al prognosticului şi anume: că în asemenea cazuri să grăbim cât se poate aplicarea terapeuticei ce posedăm; credem că e mai preferabil o laparotomie gratuită, care în starea actuală a chirurgiei nu strică nimic, de cât să pierdem bolnavul cântărind prea mult argumentele.

Intru cât priveşte cauza imediată sau mecanismul morţii, o repetăm, e greu de precizat căci moartea putea proveni şi din cauza auto-intoxicaţiei intestinale—după cum spun toate cărţile, sau, mai probabil încă, a fost datorită turburărilor circulatorii, după cum susţin Roger şi Garnier, Braun şi Boruttan (1), şi în favoarea cărora pledează rapiditatea decesului. După autorii citaţi, moartea e datorită turburărilor circulatorii reflexe, al căror punct de plecare trebue căutat în iritaţia nervilor intestinului, de unde — congestia vaselor, ipersecreţiunea mucoasei, anemia crescândă a creerului şi prin aceasta— a centrilor vitali respirator şi cardiac; —iar în cazul nostru se mai adaogă şi turburările circulatorii ale răsucirei.

In sfârşit, în ce priveşte tratamentul — intervenţiunea operatoare, avem şi de aci ceva de profitat, căci, în loc de a debrida mezenterul pentru a degaja ansele intestinale, tot mai bine este de a sacrifica de la început ansa angajată, de a le secţiona şi ast-fel să le putem trage prin butonieră, căci altminteri, pe lângă ansa strangulată care e compromisă, riscăm să mai compromitem şi alta — tăiându-i mezenterul.

Dar, pe lângă cele arătate până aci, nu mai puţin interesante şi folositoare sunt pentru noi chiar constatările făcute post mortem:

Aşa bunioară, prezenţa acelei comunicaţiuni interventriculare care trecuse neobservată atâţi ani, şi care nu-i provocase nici o turburare, sau în tot cazul îl jena prea puţin, această leziune putea să'l lase liniştit până la adânci bătrâneţe, ca şi pe bolnavul lui Minet şi Verhaeghe, sau că la un moment dat putea să dea naştere unor turburări grave, ca în cele-l'alte cazuri. In tot cazul, prezenţa acelui suflu cardiac care mai înşelase şi pe alţii înaintea noastră, putea conduce cel puţin la un diagnostic eronat, la un prognostic hazardat şi la un tratament cel puţin inutil.

Şi, să încheiăm această analiză prin câte-va consideraţiuni asupra ultimului fapt constatat — cu rinichii acestui bolnav, a căror importanţă anatomo-patalogică şi embriologică, a fost relevată înaintea societăţei anatomice, (1) iar importanţa lor clinică, a fost pusă în evidenţă înaintea societăţei de urologie. (2)

---

(1) Braun şi Boruttan.—Cercetări asupra cauzelor morţii în ocluziunea intestinală.— *(Deutsche Zeitschrift für chirurgie*. Bd. 96.

In adevăr, in afară de importanţa ori-cărei curiozităţi anatomice, dar, treptat cu desvoltarea chirurgiei renale, aceşti rinichi dobândesc o importanţă din ce în ce mai mare — importanţă asupra căreia de curând a insistat Palazolli, (3) în teza sa.

Se înţelege bine că aceşti rinichi pot deveni şi ei calculoşi, ca in cazul lui Papin şi Iglésias; (4) sau se pot rupe, ca în cazul lui Ehler (5); se înţelege uşor ce caracter grav iau pe aceşti rinichi chiar afecţiunile cele mai banale şi că de aci decurg indicaţiuni terapeutice particulare.

Se înţelege bine iarăşi că anomaliile ureterale ce însoţesc aceşti rinichi, vor face tot-deauna dificil cateterismul ureteral şi, după cum arată Erdmann (6), Rafin (7) etc., aceste anomalii predispun mai totdeauna la hydronefrosă.

Faţă de importanţa pe care au dobândit-o aceşti rinichi anormali, chirurgii au căutat mijloacele de a-i recunoaşte în timpul vieţei şi pe lângă palpaţie care e un mijloc slab, s'a recomandat cateterismul ureterelor şi cercetarea capacităţei basinetelor, iar ca cel mai sigur mijloc se dă radiografia ureterelor cateterisate cu un mandren de plumb sau umplute cu un lichid care să împedice razele X.

Pentru aceleaşi consideraţiuni, chirurgii au şi împărţit pe categorii operaţiunile ce se adresează acestor rinichi: unele care sunt interzise (cum este nefrectomia totală); altele a căror technică trebue modificată (nefrectomia parţială, pyelotomia, etc.); altele care se pot practica mai uşor (nefropexia, operaţiile plastice, etc.).

Bunioară, în cazul nostru, cum s'ar fi putut diagnostica acest rinichi? Drept ce ar fi fost luate acele kyste când ar fi ajuns la o dezvoltare mai mare? Ce s'ar fi petrecut când, pentru o afecțiune oare-care, atacam rinichiul stâng, în vreme ce acel drept nu funcționa de loc? și în genere, la ce rezultat ar fi dus ori-ce intervenție întreprinsă aci, pe cale lombară, când toate basinetele și ureterele erau situate pe fața anterioară a rinichiului stâng, care nu se putea nici măcar mobiliza?

---

(1) Societatea anatomică, Bucureşti, 7 Noembrie 1909.

(2) Cercul de studii genito-urinare, Bucureşti, 26 Noembrie 1909.

(3) M. Palazzoli.— Symphise rénale unilaterale. Thèse, Paris, 1909, No. 181.

(4) E, Papin şi A. P. Iglésias. — Sur un cas de rein en fer à cheval calculeux. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*. Paris. 1909. T. 1, pag. 424-441.

(5) F. Ehler.—Zur symtomatologie einer Hufeisenruptur. *Wiener Med. Wochenschrift*. 1909, vol. 59, pag. 322.

(6) I. P. Erdmann. — Hydronephrosis from abnormal ureteral implantation. *Annals of surgery, Phyla*, 1909, vol. 49, pag. 256—258.

(7) Rafin. — Uretère-bifide et hydronéphrose partielle. *Lyon médical*, 1909, vol. 112, pag. 418 şi *Ann. de med. des org. génito-urinares* 1909, pag. 184.

Dar, dacă ne-am fi limitat să considerăm din toată observația acestui caz numai anomaliile vasculare ale rinichiului lui și totuși publicarea ar fi fost destul de justificată.

Ei bine, tocmai embriologia acestor vase a servit lui Iglésias (1) în frumosul său studiu, ca să lămurescă întru câte-va origina posibilă a acestor anomalii renale. Aceste anomalii pot fi cauza unei hydronefroze (Iglésias), sau, după cum arată Pousson, (2) pot dezvolta o nefrită ematurică. Legătura sau secțiunea acestor vase anormale sau a ramurilor lor, produce necroza unei părți localizate din rinichi — a teritoriului irigat de ele, iar din punctul de vedere operator, se pricepe lesne că ele împedică mult exteriorizarea rinichiului, decapsularea lui, nefropexia, nefrotomia, etc, etc.

Iată dar cât de importantă este observația clinică a acestui individ care a servit științei atât cât era în viață, cât mai ales după moarte; noi nu ne-am făcut de cât datoria, consacrându-l memoriei.

---

(1) A. C. Iglésias. — Les anomalies des artères du rein. *Thèse*, Paris, 1909, No. 254.

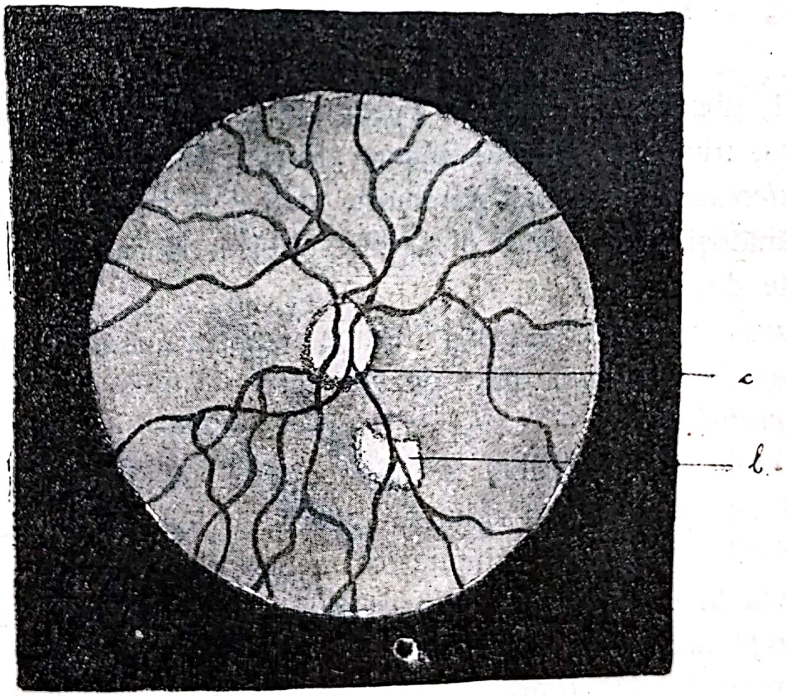
(2) A. Pousson — Un caz d'anomalie des vaisseaux rénaux sans hydronéphrose, mais avec développement d'une néphrite hématurique — *Ass. franç. d'urologie*, Paris, 1909, XII, pag. 272-973.

Medic Maior Dr. URDĂREANU

Coloboma congenitală a irisuluĭ, choroideĭ și nervului optic

Coloboma este o anomalie a globului ocular, caracterizată prin existența unei despicături congenitale, a uneia sau a mai multor membrane ale ochiului.

Coloboma irisului. Galezowschi, Panas au observat diferite cazuri de colobomă a irisului, care variază de la o simplă despicătură la despicătura totală a irisului.

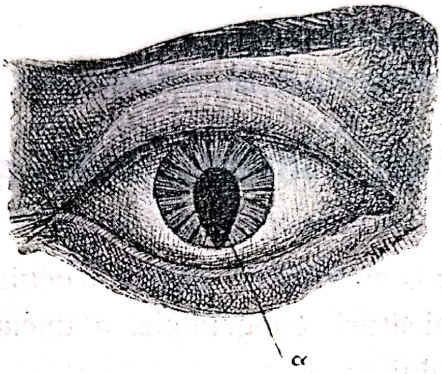


Coloboma choroidiană este mai frecuentă la amândoi ochii, de 51 de ori la 78 cazuri după statistica lui Fichte; poate fi însă și unilaterală, adeseaori limitată numai la chororidă.

Ea e însoțită de micro-ophtalmie:

Coloboma nervului optic, observată de Fuchs, Weker, etc. se produce la o anumită epocă a dezvoltărei, şi atunci această despicătură se prelungeşte sub formă de jghiab, la faţa inferioară a nervului optic.

Prezint aici un caz de colobomă congenitală a irisului, choroidei şi a nervului optic cu amblyopie dreaptă consecutivă ODV=0;



a. Coloboma irisului O. D.	*a.* Le colobome de l'iris O. D.
b. „ choroidei	*b.* „ choroïden
c. „ nervului optic	*c.* „ du nerf optique

OGV=1, observat la soldatul Balea Manea din regimentul 34 din Constanţa, trimes la spitalul militar „Regina Elisabeta“.

Antecedente. — Tatăl său mort, mama sa trăeşte. Are fraţi şi surori sănătoşi, dintre care o soră e strabică. El sufere de această infirmitate din naştere.

Starea prezentă. — Constituţiune mediocră, 1.64/0.81 (talie şi perimetru). Musculatura puţin dezvoltată.

Aspectul figurei — Craniul are oasele bine consolidate, este însă mai mic şi cu tendinţa la microcefalie. Ochii cu tendinţa la micro-oftalmie. Inteligenţa e limitată. Orbitele foarte desvoltate. Mişcările ochiului drept mai limitate ca acelea ale ochiului stâng şi cu tendinţă la strabism divergent. Ochiul stâng normal cu V=1; ochiul drept amblyop cu V=0.

Cornea dreaptă transparentă, irisul drept castaniu închis, irisul stâng castaniu deschis; pupila stângă reacţionează la lumină şi distanţă; pupila dreaptă reacţionează foarte puţin, ea formează o despicătură totală, având direcţiunea în jos şi dînd pupilei o forma alungită.

Cristalinul transparent este normal.

Corpul vitros normal. Papila nervului optic, are o formă alungită, la partea sa inferioară o mică despicătură ca un jghab. Pe traectul vasului ce pleacă de la pupilă în jos, la doi milimetrii, se vede o escavaţiune a scleroticei, formând o coloboma choroidiană, având o formă alungită în jos, de un alb strălucitor, înconjurată de mici pete pigmentare.

Se observă în regiunea maculară, o mică pată pigmentară, având mărimea unei gămălii de ac.

Citez acest caz, de oare-ce foarte rar se prezintă pe acelaşi ochiu grupate, coloboma irisului, choroidei şi nervului optic.

LUNA MEDICALĂ

Reviste şi publicaţiuni străine

Bacteriologie

ARTUR LIPPMAN. — **Zum Nachweis der Tuberkelbazillen in strömenden Blüte der Phtisiker.** (Contribuţie la demonstrarea bacilului tuberculozei în sângele circulant, al ftisicilor). *Münchener. Med. Wochenschr.* 43—09. Sunt cunoscute rezultatele obţinute de Schnitter şi Liebermeister, eu privire la dovodirea bacilului lui Koch în sânge. Lippmann aduce şi el contribuţie destul de frumoasă în această privinţă.

Procedeul întrebuinţat e următorul:

Prin puncţiunea vânoasă se scot *10 cm. c.* de sânge, care se toarnă într'un balon cu *30 cm. c.* acid acetic 3°/₀. După $^1/_4$—$^1/_2$ de ceas se pune la centifugat. Se decantează şi residiul se emulsionează cu apă.

Se adaogă apoi *60 cm. c.* de antiformină 15°/₀ şi se ţine la termostat $^1/_2$—1 ceas.

Lichidul limpede, — în cele din urmă — se pune din nou la centrifugat. Sedimentul se spală de două ori cu apă. Din el se fac întinderi pe lamă. Se fixează şi se colorează după Ziehl.

Se înţelege de la sine. spune autorul, că lamele trebuesc să fie noi. Tuburile de la centrifugă trebuesc ţinute 24 de ceasuri în acid sulfuric brut.

După toate acestea să nu se creadă însă, că o să vedem în câmpul microscopului bacili numeroşi. Din potrivă. In privinţa aceasta Lippman nu spune, că numai în 2 cazuri a găsit bacili mai numeroşi.

Iată acum şi procentul rezultatelor pozitive:

In studiul al III-lea 53°/₀.
In „ „ II-lea 33°/₀.
In „ I-iu 0 „

O legătură între prezenţa bacilului Koch şi febră nu s'a putut stabili.

M. BOTEZ

CH. NICOLLE. — **Réproduction expérimentale du typhus exanthématique chez le singe.** *(C. R. Acad. Scien.* t. CXLIX, 12 juillet 1909, p. 107 d.)

CH. NICOLLE, C. COMTE et T. CONSEIL. — **Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps Ibid,** 6 Sept. 1909 p. 486, *d. bullet. Inst.Post.* No. 21, 1909) A realizat infecţiunea cimpanzeului servindu-se de sânge de la un bolnav din a 3-a zi de boală: Incubaţia 24 ore — temperatură emoţie în a 5-a zi, deprimare — slăbiciune — hipotermie. De la cimpanzeu a trecut boala la un macacus sinicus, incubaţie 13 zile aceleaşi fenomene. Inocularea directă om-macac nu s'a putut realiza. — Experienţele făcute cu pediculi corporis au arătat în mod evident reala importanţă a lor în întinderea boalei. CIUCĂ.

DORIS MACKINZON. — I. **Observations on the division of Spirochaetes. II. Observations on the effect of varions chemical reagents on the morphology of spirochetes.** *(Parasitology,* t. II, 30 Sept. 1909, p. 267—280. *d. Bullet. Inst. Past.* No. 21, 1909). Studiează pe câini înmulţirea spirochetului recurentei, găseşte aproape tot aşa de frecvent diviziunea longitudinală ca şi cea transversală. Obţine imobilizarea imediată cu Na Cl, KOH, alcohol, glicerină tripanroht, arsacetină, acidii, potasa caustică, taurocolatul de sodiu disolvă spirocheţii. CIUCĂ

EDMOND SERGENT. — **Détermination des insectes piqueurs et suceurs de sang.** — *(Encyclopédie scientifique.* Bibliothéque de Microbiologie et Parasitologie. Paris, Doin et fils 1909, 1 volum de 305 p. cu 229 fig. După Buletinul Inst. Pasteur). E cunoscută competinţa specială a autorului în această materie.

Cartea coprinde mai multe părţi, în care tratează succesiv despre *bronchide* cu clasa *Ixodidelor.* Un capitol mare este consacrat *Insectelor* şi în special *Dipterelor* înţepătoare: *Psychodidae, Chironomidae, Culicidae, Blepharoceridae, Simuliidae, Tabanidae, Muscidae,,* apoi sub-ordinile *Pupiprarelor* şi *Siphonopterelor.*

Culicidele ţin un loc preponderent, de asemenea *glossina.* E invederat ast-fel scopul cu totul practic pe care şi l'a propus autorul. M. M.

FANTHAM et ANNIE PORTER. — **The mades of diaision of Spirochaeta recurentis and S. duttoni as observed in the Living Organisms** *(Prés. à Ray Soc.* 26 Juilliet 1909 d. *Bullet. Inst. Pasteur* No. 21 1909). Autorul observă la spirocheţii citaţi, diviziunea longitudinală la începutul şi sfârşitul infecţiunei, diviziunea transversală în acmen. In diviziunea transversală se văd unde, plecând de la extremităţi, vin până în centru şi se dirijă apoi în sens invers. Centrul se comportă ca un punct nodal, devine din ce în ce mai subţire până să rupe complect.

CIUCĂ

GAUDUCHENN. — **Sur une culture amibienne. Etude de l'amibe.** *(Bull. Soc. Path. exotique* t. II, 21 Juillet 1909, p. 370, *d. Bullet. Inst. Pasteur* No. 21. 1909). Pentru a colora ectoplasma şi mai ales pseudopodele fixează cu acid osmic în urmă tannin şi albastrul lui Kühne la cald. Pentru studiul citologic: picare la cald cu sublimat (Schaudinn) ci coloraţia cu hematoxilină ferică Lichtgrün. In primele 3 zile amibele au contur rotunjit, nucleu vacuolar, cariosom central. Diviziunea nucleului este amitotică, se găsesc ca forme de diviziune, forme fuziforme de mărimi neegale. De la a 4-a zi conturul e neregulat, nucleul să colorează în întregime, amibele sunt fragile şi termină prin a se topi. Epurii, trataţi cu o serie de inoculări peritoneale daŭ un ser care are proprietatea de a imobiliza imediat amibele dintr'o emulsie.

CIUCĂ

G. FAROY. — **Recherches anatomo-pathologiques sur l'hérédosyphilis du pancreas et de la parotide.** (*Ann. Inst. Past.* t. XXIII p. 7, 25 juillet 1909, p. 167—176). Autorul găseşte o mare asemănare în topografia leziunilor parotidei şi pancreasului, cari merg paralel, cele ale parotidei fiind mai puţin intense. Relativ la pancreatita heredo-sifilitică scleroasă adaugă şi descrierea pancreatitei sclero-gomoasă şi hemoragică. Leziunile acinoase sunt primele, cari apar, mai târziu acinii fiind strangulaţi de ţesutul scleros. Glanda excrină tinde a se transforma în glandă endocrină — să văd acinii transformându-se în insule Langerhans. Spirocheţii mai ales sunt foarte numeroşi în tunica vaselor se găsesc însă şi în lumenul acinilor şi chiar in celule.

CIUCĂ.

G. PETIT, H. HENRY et R. GERMAIN. — **Sur une pseudo tuberculose vermineuse du cheval.** (*Recueil méd. vét.* 15 Août 1909 pp. 493—502 4 fig. După *Bullet. Inst Pasteur).* La autopsia unui cal sacrificat fiind-că prezenta crize frecuente de vertigiu, s'a găsit un rinichiu cu leziuni nodulare ale stratului cortical. Examenul istologic a arătat că era vorba de tuberculi, bogaţi în celule gigante, c'o arteriolă la centru şi despărţiţi între ei prin bande de ţesut scleros. Bacili Koch însă nu s'au găsit. Un examen mai minuţios a revelat prezenţa a numeroase fragmente de paraziţi situaţi în tunicile internă şi medie a arteriolelor. Era deci o *pseudo tuberculoză verminoasă*. In ceea-ce priveşte specificarea vermilor, autorii înclină a crede că au de-a face cu larve de nematozi şi anume rhabditis.

M. M.

GUSTAV SEIFFERT. — (Francfort) **Studien zur Salmonellagruppe (Paratyphus B. gruppe)** *Zeits. f. Hyg.* t. LXIII f. 2, 28 Juillet 1909 p. 273. După *Bulet. Inst. Posteur*). Seiffert face însămânţări de paratific în apă peptonisată în care adaogă $0,5^{0}/_{0}$ diferite zaharuri. In culturile ast-fel obţinute Seiffert studiază aciditatea, producerea de hidrogen sulfurat şi de acid carbonic, precum şi dezvoltarea bacteriei; constată ast-fel că fermentaţia se face numai cu maltosa dintre disacharide; e nulă cu tri şi polisacharidele. Formaţiunea hidrogenulai sulfurat e extrem de variabilă. In sfârşit cultura e oprită numai de *rafinoză*. In general, paratificii A şi B prezintă, din acest punct de vedere, variaţii cantitative prea neregulate, pentru a putea fi diferenţiate. Autorul mai vorbeşte apoi despre frequenţa paratificilor în intestinul tificilor convalescenţi, prezenţa bacililor din grupul *Salmonella* în intestinul porcului sănătos şi de tuberculii musculari provocaţi la pasări prin injecţiile de paratific B.

M. M.

G. DEYCKE ü H. MÜCH. — **Bacteriologie von Tuberkelbazillen.** (Bacterioliză de bacili ai tuberculozei). 39—09. *Münch. Med. Wochenschr.* La conferinţa pentru lepră din anul acesta, Uhlenhuth, într'o discuţie, s'a exprimat, că nu crede în putinţa bacteriolizei bacilului tuberculozei.

Şi îşi motiva neîncrederea prin silinţele lui Koch, cât şi acele ale lui personale rămase infructuase în această privinţă.

Deycke şi Müch răspund lui Uhlenhuth, că dacă lucrul nu s'a făcut la Berlin, apoi nu-i exclusă, prin acest fapt, putinţa ca el să se facă în altă parte. Ei, din Hamburg, spun, că au reuşit să bacteriolizeze în câte-va minute, bacilul tuberculozei. Dupa ce au încercat emulsia de creer, extractul acetonic din creer, cu cari au obţinut rezultate inconstante, s'au oprit la lecitină.

Cu lecitina au obţinut rezultate frumoase.

Dar nici cu lecitina n'au obţinut tot-deauna aceleaşi rezultate.

Cu lecitinele de la aceiaşi fabrică, Merck, nu se obţineau rezultate la fel.

Cu o lecitină se obţinea bacterioliza; cu alta nu.

Particularitatea bacteriolitică a unor lecitine, ar veni din modalitatea lor de preparare în comerţ.

Intemeindu-se pe cercetările lui Iwan Bang autorii afirmă, că puterea bacteriolitică a unor lecitine ar fi legată de prezenţa unor anumite impurităţi din ele. In căutarea unor lecitine cu putere bacteriolitică prezentă în fie-care din ele au dat peste cele puse în vânzare de casa Paulenc Frères, pe care le-au găsit superioare celorlalte.

Cu aceste din urmă bacterioliza se face în câte-va zile. Cu cele produse de casa Merck era nevoie de o săptămână.

O bacterioliză şi mai elegantă se obţine cu neurina şi colina. Deycke şi Müch n'au întâmpinat nici o rasă de bacili ai tuberculozei, care să nu fi fost bacteriolizată în colină şi neurină. Autorii răspund în sfârşit, lui Uhlenhuth, că bacterioliza de bacili Koch are loc nu numai *in vitro* ci şi *in vivo* şi vestesc că cercetările lor vor fi îndreptate asupra folosirei terapeutice a colinei şi neurinei, cum şi a preparatelor câştigate cu ele.

M. BOTEZ

G. BONGERT. — **Untersuchungen über den Tuberkelbazillengehalt des Blutes, des Fleisches und der Lymphdrüsen tuberkulöser Schlachttiere** (*Arch. f. Hyg.* t. LXIX f. 3, 1909 pp. 263—368. După Bulet. Inst. Pasteur). Asupra pericolului ce-l prezintă consumarea cărnei animalelor tuberculoase, autorii au emis rând pe rând păreri foarte deosebite. Bongert, după cercetări preliminare de laborator, urmate de experienţe făcute pe animale la abator, trage următoarele concluzii: 1) Calitatea esenţială, care trebue cerută cărnei animalelor tuberculoase, susceptibilă de a fi dată în comerţ, este caracterul de localizare vizibilă a infecţiunei. Când se găsesc focare diseminate în cavităţile abdominale sau toracică, precum şi în ganglionii sau în vase, e necesar să se vază, dacă această tuberculoză este inactivă asupra animalelor. In caz de tuberculoză foarte întinsă, valoarea cărnei va fi mult scăzută; în ori-ce caz nu va putea fi dată în comerţ, decât după o sterilizare prealabilă, pentru a evita pericolul unei contaminări.

2. Carnea animalelor cu focare de infiltraţie şi ramoliţie trebue privită ca foarte periculoasă.

3. In sfârşit în caz de tuberculoză miliară acută, chiar când bacteriemia nu s'ar manifesta de cât în parenchimuri, în cazuri de slăbire pronunţată, animalul în întregime va fi interzis din consumaţie.

Autorul termină, reclamând examenul obligator al cărnurilor în toate părţile, unde această măsură nu e încă stabilită.

M. M.

Prof. H. ROGER et LÉVI VALENSI. — **Analyse chimique des expectorations; applications au diagnostic.** *(„Le Journal médical français“.* No. 8, Août 1909). Studiul chimic al expectoraţiunilor, întreprins întâi de către Biermier în 1855, reluat apoi de alţi autori (Renk, Kossel, Storkov; mai de curând Müller şi Womer), arată că ele se pot împărţi, din acest punct de vedere în două mari categorii: expectoraţiunile care conţin albumină şi cele care nu conţin sau conţin numai urme neînsemnate. Ast-fel în bronchitele simple, acute, albumina lipseşte, ea se găseşte în mod constant în tuberculoză în toate stadiile. Cum pe de altă parte căutarea albuminei în expectoraţii e tot aşa de simplă, identică chiar cu cercetarea ei în urină, se pune întrebarea dacă *albumino-reacţia* n'ar putea fi cu folos aplicată în clinică.

Autorii au examinat expectoraţiunile a 71 de bolnavi. In 32 cazuri de tuberculoză de diferite grade, rezultatele au fost în tot-deauna pozitive. Au mai găsit albumină, cum era şi de aşteptat în bronchitele cardiacilor şi albuminuricilor, apoi în afecţiuni pulmonare acute, congestii, bronco-pneumonii.

Rezultatele practice ale acestei metode sunt evidente şi prezintă un interes deosebit din punctul de vedere al diagnosticului precoce al tuberculozei. In ce priveşte nosologia se vede de asemenea că studiul bronchitelor ar trebui reluat şi la formele anatomice, clinice, citologice, bacteriologice, deja cunoscute, trebue adăogată o nouă formă *chimică* care nu pare cea mai puţin interesantă. M. M

H. DOMINICI et RUBENS DUVAL. — **Sur le processus histologique de la destruction des cellules épithéliomateuses par le rayonnement ultra pénétrant du radium.** — *(„Le journal médical français“.* No. 8 Août 1909). Procesul istologic de care este vorba consistă în două modificări esenţiale: 1) distrugerea unei părţi a celulelor epiteliomatoase şi 2) oprirea evoluţiei canceroase a restului elementelor neoplasice. Deci acţiunea radiaţiunei e şi destructivă şi evolutivă. Pe de altă parte distrugerea poate fi: *directă* simplă necrobiosă, fără vre-o modificare morfologică prealabilă a elementelor canceroase; *indirectă* când e precedată de modificări constând în: ipertrofia nucleului şi corpului celular, înmugurirea nucleului, mărirea numărului şi volumului corpilor zişi *pseudo-parazitari*.

Acestea sunt modificările predegenerative în cazul de epiteliomă de origină glandulară. In cele de origină malpighienă, celulele canceroase mai suferă şi o transformare cărnoasă trecătoare, a protoplasmei lor. E deci un fel de *maturaţie* anormală, care demonstrează până la evidenţă, acţiunea evolutivă pe care o exercită radiaţiunile ultra penetrante asupra acestor elemente figurate. M. M.

H. VOLIE et H. FERNANDEZ. — **Sur la réaction locale sous-cutanée à la tuberculine et sur une nouvelle tuberculine.** *(Bull. Soc. centr. méd. vét.* Juillet 1909. pp. 283—287. După *Bulet. Inst. Pasteur).* Autorii s'au gândit, că puţina claritate a reacţiunilor ţesutului celular s'ar putea atribui absorpţiuni prea repezi a reactivului, de aceia au căutat să încetinească această absorpţie prin întrebuinţarea soluţiunilor mucilaginoase de tuberculină. Rezultatele nefiind nici ast-fel destul de satisfăcătoare. Vollie şi Fernandez, au întrebuinţat ca reactiv *bacili tuberculoşi degresaţi;* desicaţie în vid, apoi degresaj la rece şi sfărămare fie în toluen sau ether de petrol cu bile de cristal. Pulberea ast-fel obţinută conţine 4/5 cristal şi 1/5 bacili. Se injectează un miligram dintr'o emulsie într'un c. c. de apă fenicată 5%:

Injecţia se face la baza urechei şi e urmată de un edem uşor, trecător la animalele sănătoase, dureros şi persistent la cele tuberculoase. Metoda — *sub cuti reacţia* — pare chemată a face servicii remarcabile mai ales la bovideele care au câştigat oare-care obişnuinţă la cele-lalte procedee. M. M.

J. LIGNIÈRES. — **Le diagnostic de la tuberculose à l'oïde de la tuberculine d'après les nouvelles recherches.** *(Bull. Soc. centr. méd. vét.* mai 1909, p. 206—217. După *Bulet. Inst. Pasteur).* Este necesar ca proba clasică prin injecţie sub-cutantă să fie asociată cu cele-lalte reacţii şi în special cu oftalmo-reacţia. Metoda recomandată de autor constă în „a practica seara o oftalmo, apoi la baza gâtului o dermo şi în acelaş loc o injecţie sub-cutantă de tuberculină. A doua zi se poate releva reacţia oculară, cea locală sub cutantă şi reacţia termică. In felul acesta e mult mai greu tuberculoşilor să scape cu totul la această probă, de cât la una singură din ele. M. M.

JESSIONEK u. MEIROWSKY. — **Die praktische Bedeutung der Wassermann-A. Neisser-Brückschen Reaktion.** (Insămnătatea practică a reacţiunei Wassermann-A. Neisser-Bruck). *Münchener. Med. Wochenschr.* 45—09. Sunt interesante încheerile, la cari ajung aceşti autori şi deci se cuvine să fie cât mai cunoscute.

Ei ne spun, că pozitivitatea reacţiunei e un *simptom* al sifilisului, care trebue judecat din punct de vedere diagnostic, prognostic şi terapeutic întocmai ca ori-care altă manifestare a îmbolnăvirei floride. Negativitatea *reacţiunei* nu stinghereşte întru nimic diagnosticul.

Din punct de vedere pronostic transformarea terapeutică a pozitivităţei că negativitate are aceiaşi însămnătate ca şi dispariţia altor focare ale boalei. Cum însă pozitivitatea reacţiei constitue în aceaşi vreme atât un preţios semn cât şi un fin indicator; negativitatea ei trebue privită cel puţin în stadiu înaintat ca un iadiciu favorabil. Terapeuticeşte trebue să tindem, ca pe lângă dispoziţia manifestărilor clinice, să obţinem transformarea reacţiunei din pozitivă în negativă.

Cu cât se începe tratamentul mai de vreme, după prima apariţie a pozitivităţei reacţiunei; cu atât mai uşor se ajunge să se înlăture pozitivitatea.

După cercetările de până acum tratamentul cronic — intermitent dă cele mai bune rezultate.

Trebuiesc însă cercetări noui pentru a se stabili, dacă tratamentul cronic-intermitent e în măsură de a ţine durabil reacţiunea negativă. M. BOTEZ.

L. SAATHOFF. — **Erfahrungen mit der Wasserman'schen Reaktion in der inneren Medizin.** (Experienţe cu reacţiunea lui Wassermann in medicina internă. *Münch. med. Wochenschr.* 39 — 109. Intr'o conferinţă ţinută la societatea medicală müncheneză şi publicată în revista indicată mai sus. Saathoff cată să stabilească, pe lângă atâţi alţii, valoarea seroreacţiei Wassermann.

E interesant pentru cititorii revistei noastre, să cunoască datele lui Saathoff, cu cât el însuşi ne spune, că nu laboratoriile, cari numai cercetează serurile trimise, de a căror origină şi tratament n'au nici o garanţie, trebuesc privite ca judecători competinţi; că clinicile şi casele de sănătate, în care existenţa reacţiei poate fi necontenit pusă în faţa tabloului morbid şi în caz fatal supusă la masa de autopsie ultimei probe.

El ne spune, întemeiat pe cele observate de el însuşi, că atunci când nu sunt semne clinice şi reacţia Wassermann e negativă se poate exclude cu cea mai mare posibilitate sifilisul.

Ca exemplificare autorul ne aduce următorul caz:

In clinica II-a medicală din München condusă de Fr. Müller, intrase un bolnav c'un exantem papulos cu punct de plecare genital. Acest exantem a fost luat de mai mulţi drept sifilitic. Pacientul a fost trecut în secţia pentru sifilitici. De aci i s'a trimes lui Staathoff serul bolnavului fără indicaţia diagnostului. Reacţia Wassermann a fot negativă. In urma acestui rezultat negativ, s'a examinat mai cu băgare de seamă bolnavul şi s'a văzut atunci, că se avea aface c'un *lichen ruber.*

In 14 cazuri de paralizie generală, autorul a găsit reacţia Wassermann pozitivă în toate cazurile.

Din 36 cazuri de tabes numai în 34 reacţia Wassermann pozitivă.

In 25 cazuri de sifilis cerebral r. W. a fost în toate pozitivă.

La bolnavii, cărora li s'a făcut tratamentul specific reacţia era mai slabă; dar nici odată nu a fost găsită dispărută.

In toate cazurile de anevrism al aortei r. W. a fost pozitivă şi chiar intensă.

In insuficienţa aortică, la a cărei origină se poate înlâlni arterio-scleroza şi reumatismul articular, r. W. pozitivă de 12 ori.

In 6 cazuri de afecţii hepatice, r. W. pozitivă.

In 10 cazuri de nefrită, r. W. pozitivă.

In 3 cazuri de hemoglobinurie parosistică, r. W. pozitivă.

Faptul acesta e interesant pentru etiologia ei.

Reacţia Wassermann deschide însă şi un câmp nou de diagnostic. De pildă:

O femee, din clientela privată a lui Fr. Müller, cu o înfăţişare înfloritoare suferea de dureri de cap zilnice şi ridicări de temperatură subfebrilă. Nici un indiciu pentru tuberculoză şi sifilis. Reacţia Wassermann pozitivă.

Prin faptul că r. W. era pozitivă, un moment îndepărtat capătă o însemnătate actuală mare. Soţul ei suferise mai înainte de o afecţie hepatică bănuită de sifilitică. Inlănţuirea e făcută.

Un client personal, de 35 de ani, cu tuberculoză osoasă a venit pentru tuberculinoterapie.

Pentru a se înlătura sifilisul, i s'a făcut de Saathoff sero-reacţie. Un sifilis dobândit se escludea cu totul.

Deslegarea a dat-o mama bolnavului. Ea a comunicat, că bărbatul ei avusese sifilis mai înainte de însurătoare şi că a murit de o boală cronică a măduvei spinărei. Ea însă-şi prezintă o inegalitate şi reacţie înceată pupilară.

E vorba deci în cazul acesta, pe lângă tuberculoza osoasă, de un sifilis congenital şi candidatură posibilă la tabes.

Dar chiar la aşa presupuşi sănătoşi, sero reacţia încă poate fi pozitivă. Acest lucru constitue primul semn pentru continuarea cercetărei care în majoritatea cazurilor va fi însoţită de succes. Dovadă:

Intr'un caz s'a dat peste un ganglion cubital trecut cu vederea.

In altul a urmat după puţină vreme un abort.

In un al 3-lea caz atenţia a fost îndreptată asupra soţului, care prezenta un tabes rudimentar cu sero reacţia pozitivă.

O fată cifo-scoliotică cu sero reacţia pozită, nu prezenta nici un semn clinic pentru sifilis. După scurtă vreme mamă-sa cu manifestări terţiare, cari au cedat la tratamentul de iodură de potasiu. Reacţia Wassermann pozitivă şi la ea.

Intr'un alt caz, în care după mai multe examene, autorul nu se putuse opri la sifilis, sero reacţia era slabă, află în cele din urmă că bunică-sa murise într'un ospiciu de alienaţi şi că nici mamă-sa nu-i în toate minţile.

De asemeni la unii bolnavi, cari prezintă semne unice de degenerescenţă, r. W. a fost găsită positivă. Prin instituirea reacţiei Wassermann nu rezultă de loc o simplificare a operaţiei de diagnostic. Din potrivă, ne îndreptăm către probleme nebănuite înainte. Prin ea patologia individului s'a extins asupra familiei şi rasei.

M. BOTEZ.

L. E. WALBUM. — **(Instit. sérothér Copenhague) Studien über Toxinbildung.** (*Zeitschr. f. Immnitätsforsche.* 1 origin. t. III, 15 Juillet 1909 p. 70—97 După *Bullet. Inst. Pasteur*). Walbum a observat că puterea hemolitică a diverselor toxine microbiene (hemolisine) e mult augmentată prin adăogarea de peptonă la mediul de cultură. Ast-fel e cazul cu stafilolisina, tetanolisina, megateriolisina, vibriolisina etc.

Walbum îşi reprezintă ast-fel producerea hemolisinelor: microbul secretă o substanţă, *prolisina*, inactivă prin ea însăşi, dar care este activată imediat de peptonă şi transformată în hemolisină. Această prolisină nu poate totuşi fi comparată zimogenului pepsinei, de pildă, de oare-ce nu se reactivează de acide şi suportă temperatura ebuliţiei.

După Walbum ori-ce hemolisină, chiar ori-ce toxină microbienă e compusă din două părţi, dintre care una aparţine microbului şi cea d'a doua peptonei.

Prolisinele n'au funcţia de antigen, nici nu fixează antilisina.

Pe lângă substanţa care reactivează prolisina, în peptonă se mai găseşte o alta cu proprietatea de a neutraliza unele hemolisine. Un bulion preparat cu o peptonă purificată, debarasată de această din urmă substanţă, măreşte foarte mult acţiunea hemolitică a microbului considerat. Asemeni rezultate a avut Walbum cu vibrionul, stofilococul; vibriolisina devenind de 286 de ori şi stofilolisina de 10 ori mai active ca de obicei.

M. M.

M. PIETTRE. — **Calcification des lésions tuberculeuses chez les Bovidés; leur richesse en bacilles Koch.** — *(C. R. Acad. Sciences* t. CXLVIII, p. 754 Avril 1909. După *Bulet. Inst. Pasteur).* Numeroase examene, urmate vreme îndelungată în serviciul sanitar al Halelor, i-au arătat autorului că calcificarea leziunilor tuberculoase nu corespund de loc cu dispariţia bacililor sau cu slăbirea vitalităţei lor. A observat numeroşi bacili, colorabili şi foarte virulenţi în toate leziunile calcificate, contrar de cele purulente care nu conţin de loc sau foarte puţini. Vârstă unei leziuni, nu poate fi socotită nici aproximativ după prezenţa sau absenţa calcarului. Autorul conchide ast-fel: „Dacă prezenţa de săruri minerale nu e o reacţie de apărare organică, atunci ori-ce metodă terapeutică bazată pe întrebuinţarea sărurilor calcare devine iluzorie, ba poate chiar periculoasă.

M. M.

M. COPELLI. — **Sul valore diagnostico e prognostico dei metodi opsonici e fagocitarii nella tuberculosi.** *(Boll. d. soc. med. di Parmo* sér. II t. No. 7, Juillet 1909. După *Bulet. Inst. Pasteur).* Aceste două metode n'au o valoare specifică nici în diagnosticul şi mai puţin în pronosticul diferitelor forme de tuberculoză. In adevăr, dacă indicele opsonic s'a găsit mereu inferior unităţei, cauza e diminuarea complementului în serul bolnavilor.

Tot ast-fel, indicele fagocitar e superior unităţei, de oare-ce leucocitele cedează plasmei o cantitate de complement, pe care o păstrează în ele în stare normală şi acest lucru n'are nimic de specific. Multe alte maladii ar putea da aceleaşi modificări ale indicilor opsonic şi fagocitar faţă de bacilul tuberculozei. M. M.

M. COPELLI. — **Il iodo nella terapia della tuberculosi (Ricerche biologiche).** *(Boll. d. soc. med. di Parma* sér II t. II No. 6 Juin 1909. După *Bulet. Inst. Pasteur).* Pentru a explica mecanizmul acţiunei favorabile a iodului în tratamentul tuberculozei, autorul examinează indicele opsonic şi fagocitar. Sub influenţa iodului (forma întrebuinţată este Icl^3 asociat ca stovaină şi Iod metalic) indicele fagocitar se ridică, cel opsonic rămâne acelaş. Dacă tratamentul e continuat şi dozele de iod mărite, indicele opsonic se ridică la rândul său. In general, se pare că e vorba de o exaltare nespecifică a apărărei fagocitare. M. M.

PAUL WOLFF. — **Ueber latentes Vorkommen der Muchschen Form des Tuberkelbazillus** (Asupra existenţei latente a formei Much a bacilului tuberculozei). *Münchener Med. Wochenschr.* 45—09.

Posibilitatea latentei bacilului tuberculozei e azi un fapt în general recunoscut. Much a stabilit, că sunt forme virulente de bacili ai tuberculozei, cari nu se colorează după metoda Ziehl. El arătat existenţa formei granulare şi valoarea metodei Gram pentru punerea în evidenţă a acestei forme,

Paul Wolff, autorul articolului, a găsit în câte-va cazuri, cari la autopsie nu prezintau modificări tuberculoase şi la cari ganglioniii limfatici erau istologiceşte liberi de tuberculoză, forma lui Much a bacilului tuberculozei in ganglionii limfatici. Prin metoda lui Much, cum foarte bine spune autorul, cercetările asupra eredităţei bacilozei, infecţiunei bacilare în frageda copilărie şi porţii de intrare a bacilului Koch, vor căpăta un nou îndemn. M. BOTEZ.

SHACKELL. — **An improoed method of Desiccation with some applications to biological Problems.** (Metoda perfecţionată de desicaţiune, aplicaţiuni la fiziologie). *Amer. faurh. of Phisiol* t. XXIV Juin 1909 p. 325—340. *d. Bullet. Inst. Past.* No. 21, 1909). Proprietăţile diferitelor lichide biologice să păstrează multă vreme şi în foarte bune condiţiuni dacă sunt uscate cu condiţie ca această uscare să se facă cât mai repede şi la un grad cât mai mic de căldură pentru a le pune la adăpost pe de oparte de infecţiuni şi a nu le modifica în proprietăţile lor. Realizează aceste condiţiuni servindu-se: 1. De o maşină pneumatică, care face vidul în câte-va minute. 2) De acidul sulfuric, ca absorbant de vapori de apă. 3. Congelând lichidul de uscat, ceea-ce întârzie desicaţiunea, dar previne ori-ce alteraţiune. Metoda e explicabilă pentru ţesuturi şi substanţe, conservă foarte bine mai multe săptămâni complimentul, nu distruge virusul rabic fix etc. CIUCA.

SCHUMACHER. — **Vergleichender Typhusnachweis mittels des combinierten endo-Malachitt platten verfahrens und des Conradischen Brillantgrünpikrinsäureagens.** (Comparaţia nucleului lui Endo şi a noului mediu a lui Conradi pentru căutarea bacilului tific. *(Klin. Arch.* t. XXI pp. 209—218. *d. Bullet. Inst. Past.* No. 22, 1909). Noul mediu a lui Conradi, favorizează pe lângă creşterea tificilor şi paratificilor, creşterea Proteului, a alcolizenilor, cari pot acoperi cu totul coloniile de Eberth. Totuşi cele mai brillante rezultate în căutarea de Eberth în fecale îl dă mediul lui Conradi. Asociaţia mediului lui Buda şi a celor-lalte procedee nu poate de cât să clarifice cazurile îndoelnice.

CIUCĂ

SACHES-MÜKE. — **Vergleichende Untersuchungen über die Typhus bacillenpichlung aus kleinsten Blatgerinnseln vermittelst der Gallenaureicherung und des direkten Platten ausstriches.** (Cultura baccilului tific din chiagurile mici de sânge cu ajutorul procedeului cu bilă şi însămânţarea pe plăci. *(Klin. Jahrb.* t. XXI f. 2 p. 232) *d. Bull. Inst. Past.* No. 22, 1909). Müller şi Erof preconizează însămânţarea directă a cheagului pe mediul Drigalski-Conradi-Fornet preconizează înmulţirea prealabilă în bilă. Autorii au făcut comparativ ambele metoade, rezultatul a fost că s'a izolat de 8 ori mai multe cazuri prin înmulţirea prealabilă în bilă. — Servindu-se de scurgeri mici de sânge cari erau împărţite în două şi însămânţate jumătate direct pe Drigalski, jumătate după creştere prealabilă în bilă.

CIUCĂ.

SABRAZÊS et R. DUPÉRIÉ. — **Purpura hémorragique et syphilis héréditaire. Histologie des lésions et localisation du spirochète.** *(Arch. des. malad. du Coeur 2-ème année* 1909, No. 5 p. 15 *d. bullet. Inst. Pasteur* No. 21, 1909). La un heredo-sifilitic mort 11 zile după naştere s'a găsit o adevărată septicemie cu spirocheţi: ficat, rinichi, suprarenale, păreţii tubului digestiv, glande ganglioni, pancreas, măduva osoasă, testicul, aortă şi artera pulmonară. Epanşamente sanghine multiple, purpură hemorigică.

CIUCĂ.

TH. PAUL.— **Der chemische Reaktionsverlauf beim Absterben trockener Bakterien bei niederen Temperaturen.** *(Biochem. Zeitsche.* t XVIII, 2 Juiu 1909, p. 1 — 13. După *Bullet. Inst. Pasteur).* Dacă se agită grenate de Boemia într'o cultură lichidă, apoi se usucă pe clorur de calciu, se poate, fie după acţiunea unui antiseptic şi spălare pentru a aprecia efectul acestui antiseptic, fie după păstrarea la o temperatură constantă, pentru a vedea supra vieţuirea bacteriilor, să se ia cu ajutorul apei microbii aderenţi şi să se facă numărarea germenilor vii.

Presupunând că fenomenul care reprezintă supra vieţuirea este respiraţia microbilor, care depinde de cantitatea de oxigen, constantă, şi de suprafaţa de respiraţie, adică de numărul microbilor vii, se poate scri o formulă, care să exprime reacţia în fie-care fracţiune de timp şi să se deducă ast-fel ecuaţia vitezei reacţiunei. Constanta reacţiunei, socotită după timpuri diferite după numărarea microbilor vii, dă pentru fie-care temperatură valori destul pe apropiate; poate deci să servească pentru a socoti numărul microbilor vii după un timp oare-care. Pe de altă parte ea variază cu temperatura şi pentru o diferenţă de 10 grade în plus este de 1.7 mai mare. Această câtime rămâne aceiaşi în două serii de experienţe a căror constante, la aceiaşi temperatură, erau destul de deosebite una de alta (alte culturi). Dacă se utilisează ca să se socotească supra vieţuirea la temperatura aerului lichid (—190°) se găseşte că, dacă jumătatea microbilor mor în 5—6 zile la ghiaţă, ei mor în 622 la temperatura aerului lichid! Se poate admite, în mod practic ci la 80° (temp. unui amestec de ether cu acid carbonic solid) numărul germenilor vii nu variază. La temperaturile înalte alţi factori de distrugere interviu, şi totuşi moartea microbilor pare să urmeze tipul reacţiunilor monomoleculare. M. M.

V. MOROX. — **La sporotrichose de l'appareil visuel.** *(Annales de oculistique* t. CXLI p. 321—337, 4 fig. 1 pl. en couleur. După *Bullet. Inst. Pasteur).* Cazurile adunate de autor arată posibilitatea pătrunderei în organizm, prin tegumentele palpebrale şi prin mucoasa oculară, a acestei injecţiuni micozice speciale. Manifestările sporotrichosei oculare primitive sunt: leziuni foliculare, ulcerate sau nu, jenă marcată şi adenopatie.

Diagnosticul e facilitat prin însămânţarea în medii apropiate de grataj. In fine, iodurul de potasiu are şi în leziunile oculare o eficacitate tot aşa de mare ca şi în manifestaţiile cutanate ale sporotrichosei. M M.

Diagnostic

Dr. HECKER. — **Zur Frühdiagnose der Masern.** (Contribuţiuni la diagnosticul de timpuriu al pojarului). *Münch. med. Wochenschr.* 41 — 109. Prin semnul lui Koplik s'a dat putinţa de a se diagnostica pojarul cu câte-va zile înainte de ivirea exantemului.

Dar pentru o profilaxie satisfăcătoare e nevoe a se diagnostica pojarul şi mai de timpuriu.

Hecker arată, în această privinţă, că de regulă cu 1 — 3 zile înainte de ivirea semnului lui Koplick întâlnim o micşorare însemnată a numărului leucocitelor. Avem *leucopenie.*

Ceia ce e însă mai izbitor e micşorarea numărului limfocitelor, *limfopenia.* care e întâlnită în majoritatea cazurilor cu 3 — 5 zile înainte de ivirea semnului lui Koplik. Limfopenia premonitorie şi leucopenia din ultimele zile înainte de eruperea exantemului constituesc împreună un mijloc ajutător bun pentru diagnosticul de timpuriu al pojarului. M. BOTEZ

Neurologie şi psihiatrie

M. GOLDSTEIN. — **Deux cas de syndrome de Basedow traités par l'adrénaline Considérations sur les rapports entre le corps thoroïde et les capsules surrénales.** *(Revue Neurologique,* No. 18, 1909). O lucrare interesantă conţinând o bogată bibliografie relativă la acest subiect.

Pe baza unor publicaţiuni ale altor autori Goldstein a încercat tratamentul prin adrenalină în 2 cazuri de sindromul lui Basedow observând nu o ameliorare, ci o agravare a simptomelor, în special a eretismului cardiac.

Autorul face un studiu amănunţit a raporturilor dintre glanda tiroidă şi capsulele suprarenale din care reese că majoritatea faptelor vorbesc pentru o sinergie în acţiunea acestor glande.

Or tratamentul capsular ar fi indicat numai în caz de antagonism.

Unele simptome ce se pot întâlni în cursul sindromului lui Basedow, ca ipertensiunea arterială se pot explica — după autor — prin iperfuncţiunea suprarenalelor. C PARHON.

GOLDSTEIN et MINEA. — **Quelques localisations dans le noyau de l'hypoglosse et du trijumeau chez l'homme.** *(Folia Neurobiologica.* Bd. III, 1909). O interesantă contribuţiune la studiul localizărilor motrice.

Autorii au avut ocaziunea să studieze bulbul şi protuberanţa unui caz de cancer ce distrusese mai mulţi muşchi ai feţei şi muşchiul geniohioidian.

Bazaţi pe reacţiunea la distanţa ce au întâlnit-o în celulele de origină ale fibrelor ce inervau muşchii distruşi, ajung să facă mai multe localizări.

Ast-fel genio-ioidianul e localizat de autori într'un grup posterior (şi central la un nivel mai superior).

In nucleul motor al trigemenului ramura miloioidiană e localizată în partea cea mai inferioară a nucleului într'o coloană compusă din 2 grupuri diferite unul intern pentru digastric (pântecele anterior) altul extern pentru milo-hioidian.

Mai sus găsim un grup anterior pentru maseter, un grup median şi extern pentru pterigoidianul intern, un altul median şi intern pentru pterigoidianul extern, în fine un mare grup posterior pentru muşchiul temporal; subdivizat în 3 grupuri mai mici în raport probabil cu cele 3 ramuri nervoase ce inervă acest muşchiu.

Aceste rezultate concordă în mare parte şi complectează pe acelea la cari am ajuns eu însumi în cercetări anterioare.

Cât pentru nucleul lui Roller autorii refuză să-i atribue un rol vazomotor.

C. PARHON.

GORDON. — **Pathogénie des arthropaties tabétiques.** *(Revue Neurologique,* No. 18, 1909). Pe baza a 2 cazuri anatomo-clinice şi a discuţiunei unor fapte din literatură, autorul se crede autorizat să conchidă că origina artropatiilor trebue căutată mai cu seamă în alteraţiunile nervilor periferici, dar că în acelaş timp o cauză provocatrice ca traumatismul în accepţiunea cea mai largă a cuvântului e absolut indispensabilă.

C. PARHON.

HALBERSTADT. — **La céphalalgie dans la démence précoce.** *(Revue Neurologique.* No. 17, 1909. Autorul insistă cu observaţiuni personale asupra acestui simptom puţin cunoscut şi după dânsul foarte frequent în demenţa precoce.. Deşi mai des la început se poate întâlni şi în cursul boalei şi poate atinge o mare intensitate. E însă nevoe să fie căutat căci bolnavii pot să-i dea o interpretare delirantă. Ca patogenie poate fi vorba de o auto-intoxicaţie dar autorul a dispus să invoce şi mărirea tensiunei intra-craniene.

C. PARHON.

JAGITA und HAIAMA. — **Über das Speichelsecretionscentrum.** (Asupra centrului secţiunei salivare). *(Neurologisches Centralblatt.* No. 14, 1909). După secţiunea la diferite niveluri a coardei timpanului autorii găsesc în reacţiune la distanţă rare celule cu tipul motor cam de mărimea celor din nucleul dorsal al pneumogastricului situate între nucleul lui Deiters, acela al facialului şi fibrele de origină ale acestui nerv. Ca nivel superior aceste celule nu se mai observă când fibrele de origină ale facialului formează pe secţiuni un fascicul bine distinct iar ca nivel inferior ele merg până cam aproape de extremitatea inferioară acestui nerv.

Cercetările acestea concordă în parte cu acelea ale lui Kohnstamm.

C. PARHON.

JAGITA — **Weitere Untersuohungen über das Speichelzentrum.** (*Anatomischen Anzeiger.* XXXV, Bd. 1909. Secţionând la mai mulţi câini ramura timpanică a părechei a IX (glosofaringianul) autorii au găsit, de partea homonimă, reacţiunea la distanţă în nişte celule de felul celor din nucleul dorsal al pneumogastricului situate între rădăcina spinală a nervului acustic şi nucleul facialului sau partea terminală a nucleului ambigun.

Aceste celule în reacţiune ce sunt în raport cu secreţiunea parotidiană reprezinta extremitatea posterioară a unui centru din care partea anterioară dă naştere fibrelor eferente ale coardei timpanului.

C. PARHON.

KOSAKA. — **Über die Vaguskerne des Hundes.** (*Neurologisches Centralblatt* No. 8. 1909). O lucrare de mare interes stabilind morfologia şi funcţiunile nucleilor vagului.

Nucleul dorsal aparţine în total acestui nerv, de oare-ce ramura zisă internă a spinalului, aparţine iea însăşi pneumogastricului şi pe de altă parte glosofaringeul ne primind fibre din acest nucleu.

Acest nucleu trimite fibre pentru tubul digestiv inervând probabil prin intermediul unor celule ganglionare simpatice, musculatura netedă şi glandele stomacului. Această funcţiune aparţine mai ales extremităţei inferioare a nucleului. Acesta e foarte dezvoltat la păsări cari au un stomac foarte musculos.

In pulmoni nu intră fibre motrice din pneumogastric, dar nucleul dorsal poate să influenţeze musculatura lor netedă prin intermediul simpaticului.

In ceea-ce priveşte nucleul ambiguu partea sa superioară, inervă muşchii striaţi ai esofagului şi faringelui, precum şi cricotiroidianului cea mijocie, muşchii vălului palatin. Iar partea inferioară inervă porţiunea internă, muşchii laringelui, pe când cea externă trimite fibre pentru cord.

Pentru mai multe amănunte a se vedea originalul.

C. PARHON.

MORGANO. — **Blefaroptosi congenita familiare.** (*Rivista ilaltana di Neuropatologia, Psihiatria ed Elettroterapia.* Fas. 10, 1909. Observaţiunea a două surori cu blefaroptoză congenitală pe care autorul o pune în raport probabil cu o atrofie nucleară.

Nimic analog în familia părinţilor. Dar aceştia sunt înrudiţi, bărbatul fiind unchiu matern al soţiei sale. De altfel ambii sănătoşi şi tineri.

Autorul conchide că cele 2 cazuri ale sale confirmă opiniunea lui Boudin, Menière, Mantegazza, Zino etc. că părinţi consanguini, perfect sănătoşi şi fără predispoziţii morbide ereditare pot procrea copii cu grave stigmate degenerative.

C. PARHON.

PECHIN.—**Atrophie optique sympathique.** (*Revue Neurologique* No. 28, 1909). Două observaţiuni în care un traumatism monocular aduse nu numai pierderea vederei de partea traumei, ci după cât-va timp vederea de partea opusă se alteră de asemenea şi examenul oftaloscopic arătă atrofia optică.

Cazurile publicate de atrofie optică simpatică sunt rare. Autorul nu intră în studiul mecanismului acestor fenomene curioase şi interesante.

C. PARHON.

Patologie experimentală

ALBERT FROUIN. — **Sur la possibilité de conserver les Animaux, après l'ablation complète de l'appareil thyroïdien, en ajoutant des sels de calcium ou de magnesium à leur nourriture.** *(C. R. A. S.* 14 Iunie 1909 No. 24). Ingestiunea pe zi a 5 până la 10 gr. de $CaCl^2$ sau de $MgCl^2$ impedică la animalele thyroparathyroïdectomizate apariţiunea fenomenelor de tetanie precum şi cachexia ce se observă în urma acestei operaţiuni.

Aceste săruri, împreună cu lactatul de calce, care ie mai puţin activ, (chlorura de Stronţiu s'a arătat inactivă) au nu numai un efect preventiv, dar şi curativ. Graţie $CaCl^2$ sau a $MgCl^2$, autorul a putut menţine în viaţă luni de zile, câini thyroparathyroïdectomizaţi, fără să fi prezentat vre-un simptom morbid şi care s'au îngroşat în timpul tratamentului. Mai mult încă din experienţele autorului, rezultă că aceste săruri administrate timp prelungit (aprox. 3 luni) par a avea facultatea de a determina în organizm o supleanţă a funcţiunelor thro-parathyroïdiane, căci suprimându-le în urmă cu totul, animalele nu au mai prezentat nici un accident de tetanie încă cel puţin 3 luni.

Importanţa acestui fapt fiind deosebită atât din punct de vedere physiologic cât şi terapeutic, cred util să adaug că ideea de a întrebuinţa sărurile de calce în urma extirpărei glandelor thyro-parathyroïde se datoreşte în primul rând d-lor Parhon şi Ureche, care servindu-se de cercetările lui Sabatani şi ale lui Silvestri au pus în evidenţă rolul sedativ al sărurilor de calce, încercând cele dintâi aplicaţiuni. Lucrările ulterioare ale autorilor americani Mac-Callum şi C. Voegtlin independente de experienţele lui Frouin, nu sunt or-ce s'ar spune, decât o confirmare de valoare a ideiei emisă cu atâta perspicacitate de d-nii Parhon şi Ureche.

A. Frouin atribue acţiunea antitetanizantă a sărurilor de calce faptului că ar neutraliza acidul carbamic ce se găseşte în mai mari cantităţi în urinele animalelor para-thyroïdectomizate. O demonstraţiune directă ar fi după acest autor ca dând 3—4 gr. de carbamat de sodiu unui animal astfel operat, peste o oră sau două, prezinta accidente tipice de tetanie. Carbamatul de sodiu dat în acelaş timp cu o sare de calce, nu mai provoacă asemenea accidente. Faptul cunoscut ca sărurile de calce măresc eliminaţiunea de acid carbamic şi micşorează în acelaş timp toxicitatea urinei; că carbamatul de sodiu măreşte cantitatea de calciu urinar, ar fi mai mult decât o presumpţie în favoarea teoriei lui A. Frouin.

LALU.

A. MOUTIER — **Du traitement de la claudication intermittente et de la gnagrène des extremités inférieures par la d'Arsonvalisation.** *(C. R. A. S.* 14 Iunie 1909, No. 24). Claudicaţiunea intermitentă, tratată în modul acesta a dat autorului succese; deasemenea în două observaţiuni gangrena extremităţilor a fost mult ameliorată cu toate că la unul din aceşti bolnavi presiunea radială era normală.

LALU

DEVAUX. — **Rélation entre le Sommeil et les rétentions d'eau interstitielles.** *(C. R. A. S.* 24 Mai, 1909 No. 21). Mărirea cantităţei limphei se constată în diferite stări pathologice şi physiologice. S'a notat în beţie, în oboseală, în momentul absorbiţiunei digestive şi în timpul somnului. Această constatare pare a cadra cu noţiunea care tinde a fi admisă astăzi, că organele în timpul funcţionărei îşi măresc puterea lor osmotică.

Limfa interstiţială fixând o mai mare cantitate de apă, determină oedeme şi setea ce se observă în timpul oboselei. Deshidratarea aceasta produce alteraţiuni ale celulelor nervoase (micşorarea nucleului, apariţiuni de vacuole) fapt observat în oboseală, în insomnie şi chiar după cum a arătat Prof. Marinescu, punând celulele nervoase în soluţiuni hypertonice.

Observaţiunea curentă că după un somn prelungit pleoapele au tendinţa de a se oedemaţia şi că figura chiar se umflă, a făcut pe autor să caute dacă oedemul se poate constata şi aiurea.

Având ca creteriu timpul necesar pentru ca o urmă făcută pe piele să dispară; a găsit (în regiunea antebraţului) că asemenea urme dispăreau mai încet în timpul somnului, decât când individul în experienţă era treaz. Deci această regiune era oedemaţiată. Acelaşi lucru l'ar fi putut constata la moleole.

Ar rezulta după acest autor, că mărirea puterei osmotice a limfei, ar juca un rol însemnat în funcţiunea somnului, determinând consecutiv oedemul observat.

LALU.

E. DOUMER et G. LEMOINE—**L'arytmie cardiaque et la d'Arsonvalisation.** *(C. R. A. S.* 14 Iunie 1909, No. 24). După observaţiunile acestor autori, rezultă că aritmiele cardiace la bolnavi în hypertensiune arterială, dispar sub influenţa d'Arsonvalizărei, imediat ce presiunea arterială se apropie de normală. LALU.

FOVEAU de COURMELLES. — **Traitement des noevi par l'electrolyse et le radium combinés.** *(C. R. A. S.* 7 Iunie 1909, No. 23). Autorul a obţinut în modul acesta succese therapeutice, într'un interval de timp mult mai scurt.

LALU.

J. E. ABELOUS et BARDIER. — **De l'action hypotensive et myotique de l'urine humaine normale.** *(C. R. A. S.* 1 Iunie 1909, No. 22). Prof. Bouchard, a arătat că urina de om normală injectată pe cale intra-venoasă determină la animale o constricţiune a pupilei.

Autorii precipitând urina cu alcool, tratând precipitatul cu o soluţie de amoniac în saturaţie, spălând apoi acest precipitat cu alcool uşor acidulat (HCl) pentru a înlătura materiile colorante ale urinei, obţin o pulbere albă-cenuşie solubilă în apă, care nu dializează şi care are câteva din proprietăţile proteoselor.

Această soluţie injectată în venele unui câine determină o myoză intensă ce persistă aproximativ 10 minunte, însoţită de o diminuare forte a presiunei arteriale aproape de aceeaşi durată. Autorii fără a ne da alte indicaţiuni chimice asupra acestei substanţe, întrebându-se chiar dacă ie o substanţă simplă sau compusă care produce aceste fenomene, o numesc: urohypotensină. LALU.

L. CAMUS. — **De l'influence du temps sur l'activité antivirulente des humeurs des animaux vaccinés et de l'immunité relative des tissus.** *(C. R. A. S.* 21 Iunie 1909, No. 25). Autorul s'a servit în experienţele lui de epuri, care ca şi omul prezintă o immunitate vaccinală deseori de scurtă durată. Humorile bactericide cum e serul sanguin după vaccinare şi cele mai puţin bactericide ca lichidul cefalo-rachidian sau humoarea apoasă îşi păstrează proprietăţile lor specifice fără a se egala sub influenţa timpului.

In schimb immunitatea humorală pare a condiţiona immunitatea ţesuturilor. Autorul dă ca exemplu experienţele sale făcute cu multă ingenuozitate asupra corneei. Se ştie că cornea e foarte sensibilă la virusul vaccinal, reacţionând la inoculaţii succesive, deci se immunizează foarte cu greu. Or, înlocuind la iepuri humoarea apoasă, care e puţin bactericidă, prin un ser foarte bactericid; autorul a ajuns să immunizeze cornea faţă de virusul vaccinal. Experienţe de control numeroase, pun în evidenţă faptul acesta important.

LALU.

M-me MARIE PHISALIX.—**Mécanisme de l'immunité des Serpents contre la Salamandrine.** *(C. A. A. S.* 28 Iunie 1909, No. 26). Există un antagonism physiologic, iar nu o neutralizare chimică, între echidno-toxină, substanţă paralisantă conţinută în veninul şi în sângele viperelor şi al coluberelor şi între salamandrina substanţă pur convulsivantă. Şerpii datoresc immunitatea lor, antagonismului fiziologic al acestor două substanţe. Un amestec de sânge şi venin de şerpi cu salamandrina, previn convulsiunile datorite acestei substanţe nu numai la şerpi, dar chiar la animalele sensibile la această otravă ca cobayul.

Salamandrina se apropie de strychnină mai ales în ceea-ce priveşte acţiunea sa asupra veninului de viperă. Din care cauză stricnina a fost utilizată cu succes în doze medicamentoase pentru a combate accidentele paralitice datorite muşcărilor de şerpi din Australia şi India.

LALU.

PIERRE FAUVEL. — **Effets du chocolat et du café sur l'acide urique et les purines.** *(G. R. A. S.* 7 Iunie 1909, No. 23). Injecţiunea de cafeină şi de théobromină luate sub formă de cafea şi chocolată, măresc la omul sănătos supus la un regim vegetarian, excreţiunea purinelor urinare şi micşorează excreţiunea acidului uric. Acidul uric nu e reţinut în organizm; precipitarea lui ie numai împedecată sub influenţa acestor substanţe.

LALU.

PIERRE BONNIER: **Le rhume des foins.** După Pierre Bounier, această maladie ar fi consecuenţa unei diathese neuro-arthritice, datorite unui dezechilibru bulbar. *„Cauterizarea pe cât de uşoară şi de superficială posibilă“* a câtorva puncte definite a mucoasei nasale, ar împedeca prin intermediarul trigemenului această susceptibilitate reflexă a mucoasei şi centrele bulbare şi-ar recăpăta echilibrul. E singurul tratament după acest autor direct, raţional şi eficace al acestei maladii.

LALU.

P. DELANOË — **Quelques observations relatives aux phénomènes anaphylactiques et en particulier à leur non spécificité.** *(C. R. A. S.* 1 Iunie 1909, No. 22). Arthus a arătat că iepurile ovo-anafilactizat, gelatino-anafilactizat sau pepto-anafilactizat reacţionează într'un mod anafilactic faţă de injecţiunile intra-venoase de serum. Acelaş animal sero-anafilactizat reacţionează într'un mod anafilactic faţă de injecţiunile intra-venoase de gelatină, ovalbumină, peptonă şi în general faţă de ori-ce injecţiune intravenoasă de lichid albuminos. Autorul în această comunicaţie ne dă exemple noi, din care reesă că fenomenele de anafilaxie nu prezintă un caracter de specificitate. Cobay anafilactizaţi faţă de bac. lui Eberth — deşi mai sensibili faţă de acest baccil — totuşi au reacţionnt în mod anafilactic faţă de bac. coli, de bac. para-tyfici şi chiar faţă de vibrionul choleric.

Autorul a putut constata în asemenea condiţiuni o hypersensibilitate din cele mai nete faţă de bac. tuberculos homogen, atunci când această hypersensibilitate, nu apăruse încă pentru bac. tific.

Cobay sensibilizaţi cu bac. tuberculos homogen (în urma unei singure injecţiuni intra-peritoneale) sucombă la interval de câte-va minute după injecţiuni de bac. Eberth, coli, para-tifici sau chiar după simple injecţiuni de serum de cal. De asemenea injecţiuni chiar de toxină difterică fac pe cobay hypersensibili faţă de bac. tuberculos homogen. Autorul a obţinut o anafilaxie serică la cobay, după injecţiuni forte de serum, contrar credinţei de până acum de a nu se putea anafilactiza decât cu doze slabe. In fine autorul injectând intra-venos de la 5—10 c. m³. de electrargol la cobay în hypersensibilitate serică, a constatat după câte-va minute o diminuare a temperaturei, iar după 1—2 ore o ascensiune termică pronunţată. Or, în intervalul acesta de timp de reacţiune febrilă şi câteva ore după aceea, cobay par complectamente dez-anafilactizaţi.

Importanţa acestui fapt, odată bine stabilit, nu scapă nimănui, putând avea aplicaţiuni therapeutice importante. O injecţiune prealabilă de electrargol ar fi suficientă a preveni ori-ce accident seric. LALU.

RAOUL BAYEUX — **Influence d'un séjour prolongé à une très haute altitude sur la température animale et la viscosité du sang.** *(C. R. A. S.* 21 Iunie 1909, No. 25). Experienţe făcute pe iepuri la observatorul Vallot pe Mont-Blanc (4350 m. altitudine) timp de 12 zile consecutive. Sub influenţa acestei altitudini, autorul a constatat o diminuare a temperaturei rectale a animalelor şi o mărire a viscozităţei sângelui (luat din inimă). Aceste variaţiuni nu pot fi atribuite unui fenomen periferic, datorire frigului şi a oboselei. Autorul le atribue micşorării combustiunelor organizmului, unei *„dyspyrii"* cum o numeşte; găsind ca aceste variaţiuni de temperatură şi de viscozitate sunt proporţionale timpului de şedere la această altitudine.

LALU.

SCHLAYER u. TAKAYASU. — **Untersuchungen über die Funktion Kranker Nieren.** (Cercetări asupra funcţiiunei rinichilor bolnavi). *(Münchener med. Wochenschr.* 43—09). Autorii îşi propun să dovedească putinţa trecerei de la turburarea funcţiunei renale la sediul anatomic al turburărei.

Din experienţele lor reesă, că numai atunci când tubuli contorţi sunt atinşi se face rău eliminarea clorurei de sodiu şi iodurei de potasiu.

Din potrivă, lactoza e eliminată în chip normal, tubuli contorţi fiind grav atinşi, atâta vreme cât funcţiunea vaselor renale nu lasă nimic de dorit.

Prin urmare, de la felul cum se elimină anumite substanţe, se poate face diagnosticul topic.

Cercetările privitoare la eliminarea apei aduc lumină asupra diluţiei urinelor, asupra *hypostenuriei.*

După Schlayer şi Takayasa hypostenuriile sunt, după origina lor, de două feluri:

Sunt hypostenurii *vasculare* şi *tubulare.*

In hypostenuriile vasculare concentrarea urinelor nu creşte; însă rinichii au putinţa să elimine concentrări mari de clorură de sodiu odată cu mari cantităţi de apă. În hypostenuriile tubulare însă pe lângă neputinţa creşterei concentrărei urinelor există neputinţa funcţională a eliminărei de concentrări mai mari de clorură de sodiu, ceea-ce nu se întâmplă în hypostenuriile tubulare, o cantitate mai mare de clorură de sodiu introdusă în organism nu-i eliminată.

Intr'o categorie deci, clorura de sodiu introdusă e eliminată toată prin cantitatea mare de apă: gradul de concentrare rămânând acelaş. In cealaltă prisosul de clorură de sodiu nu-i eliminat, gradul de concentrare rămânând de asemeni acelaş.

In această ultimă categorie eliminarea nu se poate face din pricina leziunilor existente în tubuli contorţi.

In prima categorie tubuli contorti fiind neatinşi rinichii elimină prisosul de clorur de sodiu prin poliuria condiţionată de supramunca vaselor renale escitate. Dar de la aceste diagnostice topice făcute în experienţele lor pe animale, autorii au trecut la studiul patologiei funcţionale a rinichilor la om.

Rezultatele rămân să fie comunicate.

M. BOTEZ

VITRY et GIRAND. — **Recherches histologiques et chimiques. sur le corps thiroïde des tuberculeux.** (*Revue de la tuberculose.* No. 4, 1909). Autorii au studiat istologiceşte 23 glande şi au dozat iodul din 24 tiroide de tuberculoşi.

In 18 din aceste glande au găsit o scleroză; începândă în 8 cazuri şi intensă în celelalte 10.

Cazurile cu scleroză intensă, sunt cele în care durata boalei a fost foarte lungă.

Substanţa coloidă are în majoritatea cazurilor aspectul normal. Totuşi une-ori se colorează rău şi apare cu o constituţie granuloasă. N'au găsit coloid în limfatice. Une-ori însă, coloidul din foliculi pare mai abondent şi mai intens colorat ca de obicei.

Pe baza acestor modificări unii autori au vorbit de hipo sau de hiperfuncţiune.

Dozarea iodului a părut autorilor mai importantă din punctul de vedere al stării funcţionale a glandei.

Cifrele superioare la 6 milimigrame şi inferioare la un miligram sunt considerate de autori ca patologice.

Din cele 24 glande au găsit 6 cu cifre de 7, 8, 12, 17, 19 şi 26 miligrame şi 6 cu 0,24 0 mgr. 23, 0 mgr. 21, 0 m. 13 şi 0 m. 6, iar într'un caz iodul era absent.

Cazurile sărace în iod sunt cele cu evoluţie lentă şi cari istologiceşte prezintă o scleroză manifestă. Cele bogate în iod sunt cele cu evoluţie rapidă.

Totuşi într'un caz de granulie fără scleroză tiroidiană n'au găsit decât 0 mgr. 3 iod. Autorii sunt dispuşi să creadă că în infecţiile supra-acute e posibil ca iodul să nu fie secretat ca de obicei căci au găsit absenţa totală a iodului şi într'un caz de reumatism cerebral.

Autorii admit că tuberculoza excită într'o primă perioadă, secreţiunea tiroidiană, iar într'o a doua urmează scleroza.

Cât pentru influenţa stării funcţionale a corpului tiroid asupra evoluţiei tuberculozei autorii admit cu drept cuvânt că această chestiune reclamă noi cercetări.

C. PARHON.

Pediatrie

CAMERER. — **Ergänzungen zu der Abhandlung: „Das Energiegesetz in der menschlichen Physiologie“.** (Adaosuri la articolul despre „legea de energie în fisiologia umană“). *Jahrb. f. Kinderh.* Oct. 1909.

GR. JACOBSON

FREUND — **Über Idiosynkrasie gegenüber Kuhmilch bei Säuglingen.** (*Monatschr. f. Kinderh.* Janv. 1909). E vorba de un caz tipic de intoleranţă pentru laptele de vacă. Laptele de femeie este perfect suportat.

Patogenia acestor cazuri este foarte discutată: unii învinovăţesc cazeina, alţii substanţele grase; Finkelstein şi Meyer au arătat că accidentele se produc tot atât de bine cu zărul laptelui de vacă şi admit că substanţa nocivă trebue să fie conţinută în acest zăr fiind-că accidentele se produc şi în lipsa untului şi a cazeinei. In memoriu de faţă Freund a avut ideea de a face contra probă şi a dovedit faptul interesant că fenomenele de idiosyncrasie se produc *a)* cu laptele întreg *b)* cu babeurre, *c)* cu untul, *d)* cu caseinat de sodă de la Höchst, *e)* cu zăr.

Această constatare nu se poate explica prin nici una din teoriile existente.

GR. JACOBSON.

FRANCIONI. — **Sepsis aus diphterieähnlichem Bazillus bei einem Säuglinge mit Klinischen Erscheinungen Winckelscher Krankheit.** (Septicemie datorită unui bacil pseudo-difteric la un sugaciu, cu manifestările clinice unei maladii lui Winckel).

Fapt clinic cu autopsie şi examen bacteriologic şi histologic. *Monatschr. f. Kinderh.* Martie 1909.

FREUND. — **Zur Therapie des Hydrocepholus; Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Pachymeningitis hemorrhagica im Säuglingsalter.** (Contribuţie la tratamentul hydrocefaliei precum şi la studiul pachymeningitei hemoragice la sugaciu). *Monatschr. f. Kinderh.* Ian. 1909. Caz de hydrocefalie consecutiv unui proces menengitic acut. Tratament prin puncţiuni lumbare repetate, în urma cărora perimetrul cranian a scăzut treptat până la şi chiar sub normală. După un an, copilul sucomba în urma unei bronchopneumonii şi la autopsie se găseşte o pachymeningită internă hemoragică. Discuţie a cazului.

GR. JACOBSON

FINKELSTEIN u. MEYER. — **Zur diätetischen Behandlung du Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.** (Contribuţie la tratamentul dietetic al turburărilor de nutriţie la sugaciu). *Monatschr. f. Kinderh.* Apr. 1909. Notă prealabilă: un memoriu detaliat va urma mai târziu. Dacă însă părerile autorilor se adeveresc, va fi vorbă de o metodă cu totul nouă de tratament al turburărilor nutritive.

Se ştie ce rol nefast joacă, după Finkelştein, zahărul în stările dyspeptice ale sugacilor. Autorul propune de a se aplica aici metoda deja aplicată de dânsul în tratamentul eczemei, adică de a se elimina o parte din zer, înlocuindu-l prin apă. In modul acesta se scade după plac proporţia de lactoză alimentară. In acest lapte „delactozat“ se poate mări proporţia de cazeină fără inconvenient. Se poate asemenea adăoga o cantitate oarecare de substanţe grase, cari în modul acesta sunt mai bine tolerate. In fine se poate înlocui zahărul prin alte substanţe hydrocarbonate mai puţin dăunătoare.

GR. JACOBSON.

GALLUS. — **Sammelreferat über die deutsche ophtalmologische Literatur von 1908.** (Revistă generală a lucrărilor germane despre optalmologia din anul 1908). *Monatschr. f. Kinderh.* Martie 1909.

LEMPP u. LANGSTEIN. — **Beiträge zur Kenntnis der Einwirkung des Magensaftes auf Frauen u. Kuhmilch.** (Contribuţie la studiul acţiunei sucului gastric asupra laptelui de femee şi de vacă). (*Jahrb. f. Kinderh.* Sept. 1909). Cercetări *în vitro*. Concluzii;

Părerea clasică că cazeina este mai greu atacabilă de sucul gastric de cât albumina nu are nici o bază. Ea pare tot atât de uşor digestibilă ca albumina. E timpul ca să dispară din ştiinţă deosebirea pur teoretică între albumina solubilă şi albumina insolubilă, deosebire fără bază experimentală. GR. JACOBSON

LEINER. — **Sammelreferat über die dermatologische Literatur des Jahres 1908.** (Revistă generală a lucrărilor de dermatologie din anul 1908). *Monatschr. f. Kinderh.* Febr. 1909.

LEOPOLD u. REUSS.—**Experimentelle Untersuchungen über Milchzuckerausscheidung nach wiederholten subkutanen Injektionen.** (Cercetări experimentale asupra eliminărilor de lactoză în urma injecţiunilor subcutunate repetate). *Monatschr. f. Kinderh.* Apr. 1909. Rezultatele acestor cercetări oferă un interes deosebit. Se ştie că lactosa precum şi zahărul de trestie introduşi în organism prin cale subcutanată, nu sunt distruşi ci eliminaţi în totalitate sau aproape în totalitate prin urină.

Autorii arată, că dacă se fac injecţii de zahăr de lapte în serie, cantităţile eliminate scad treptat, ast-fel că cantităţile reţinute cresc. La un moment dat, nu se mai elimineazā lactoză prin urină, adică retentiunea este de 100$^0/_0$. După o pauză de câte-va zile cantităţile reţinute sunt din nou foarte mici.

Autorul îşi pune întrebarea dacă la copii cu leziuni intestinale profunde nu se produce trecerea în sânge a lactozei şi dacă această lactoză nu e în stare de a provoca în ţesuturi leziuni iritative cari s'ar traduce prin fenomene patologice. Poate că prin aceasta s'ar putea explica şi febra de zahăr. GR. JACOBSON.

PFAUNDLER. — **Beiträge zur Frage der „Pylorusstenosen" im Säuglingsalter** (Contribuţie la chestiunea stenozelor pylorice la sugaciu). (*Jahrb. f. Kinderh.* Sept. 1909). Expunere foarte complectă a chestiunei stenozelor pylorice cu rezultatele cercetărilor personale ale autorului. Acesta ia loc printre cei cari admit o patogenie variabilă pentru syndromul stenozelor pylorice; unele cazuri ar recunoaşte un obstacol anatomic, altele un obstacol funcţional, un spasm:

1. Există, la sugaci, cazuri cari cliniceşte se prezintă ca stenoze pylorice, şi cari sunt datorite unei afecţiuni organice, în particular unei hypertrofii a musculaturei stomacului mai cu seamă a antrului.

2. Există cazuri cari se prezintă asemenea cliniceşte ca stricturi ale pylorului dar cărora le lipseşte complectamente un substrat organic (pylorospasm).

3. Ast-fel punctul de vedere dualistic se găseşte confirmat în privinţa stenozelor pylorului. GR. JACOBSON.

REISS. — **Untersuchungen der Blutkonzentration des Sauglings.** (Cercetări asupra concentraţiunei sângelui la sugaciu). (*Jahrb. f. Kinderh.* Sept. 1909). In acest interesant memoriu autorul arată uzul care se poate face în practică din măsura concentraţiunei serului sanguin prin metoda refractometrică. Nu e vorbă aci de concentraţiune osmotică, ci de suma substanţelor în soluţie şi în particular de conţinutul în albumină. Autorul arată că indiciul de refracţiune este cu o aproximaţie foarte mare proporţional cu cantitatea de albumină a serului sanguin. După stabilirea datelor normale, autorul studiează concentraţiunea serului la o serie de copii patologica, stabilind curbe foarte suggestive şi arătând modul cum se comportă aceste curbe faţă de curba greutăţilor (21 observaţii).

Procentul de albumină al sugaciului este de vre-o $6^{0}/_{0}$ ($2^{0}/_{0}$ mai puţin decât la adult). Intre a 6-a şi a 10-a lună, concentraţiunea serului sugaciului se urcă şi atinge concentraţiunea serului adultului.

In stare patologică se observă mai des concentraţii de cât diluţii ale serului. In particular se observă o îngroşare a sângelui în gastroenterite. Fenomenele patologice ce se observă în gastroenterite depind nu numai de produsele toxice de natură microbiană sau celulară dar şi de această concentraţiune a sângelui care creează un obstacol schimburilor nutritive. Refractometria arătând concentraţia sângelui justifică practica care are de scop de a introduce lichide în organizm prin cale gastrotestinală sau hypodermică.

Refractometria serului permite de a aprecia îngroşarea sângelui în cazurile în cari această îngroşare nu este aparentă (copii cu adipositate însemnată); pe de altă parte permite asemenea de a aprecia câtă apă trebue introdusă şi cât timp trebue să urmăm această terapie; mai permite asemenea de a dovedi că unele creşteri în greutate sunt numai aparente şi datorite unor diluţii ale sângelui.

In *atrofia infantilă*, metoda refractometrică arată că nu există o modificare cantitativă a albuminei circulante.

Asemenea metoda refractometrică permite de a dovedi diluţiunea sângelui în cazurile de retenţiune de apă (hydremie) ca în urma gastroenteritelor, şi mai cu seamă în afecţiunile renale. Diagnosticul de afecţiune renală se poate pune une-ori prin această metodă.

Tendinţa organizmului de a-şi păstra concentraţiunea moleculară explică pentru ce cryoscopia nu este în stare de a aprecia concentraţia sângelui. Se pot observa îngroşări însemnate ale sângelui fără ca punctul de congelaţie să varieze; în diaree intestinul nu eliminează numai apă, ci eliminează şi sare pentru a-şi păstra concentratiunea osmotică; punctul de congelaţie al serului rămâne ast-fel neschimbat Dar îngroşarea serului este dovedită prin refractometrie care arată un exces de substanţă solvite mai cu seamă albumine cari nu joacă nici un rol în determinarea tensiunei osmotice. GR. JACOBSON.

ROSENSTERN. — **Über alimentäre Leukocytose.** (Despre leucocytoza alimentară). *Monatschr. f. Kinderh.* Apr. 1909. In această foarte remarcabilă lucrare, autorul, elevul lui Finkelştein studiază leucocytoza care însoţeşte ridicările de temperatură consecutive ingestiunei de *Sare*.

Din cercetările personale ale lui Rosenstern rezultă că copii foarte *tineri*, sănătoşi, reacţionează cu febră şi leucocytosă la ingestia de 100 cc. de soluţie de NCal a $3^{0}/_{0}$. Dacă se administrează soluţia da NCal $1^{0}/_{0}$. copiii sănătoşi nu reacţionează pe când cei cu turburări digestive prezintă o reacţiune intensă. Reacţiunea se poate obţine la copii cu turburări gastro-intestinale şi cu soluţia fiziologică, în doză mai mare însă, adică 250 gr. (leucocytoză de la 7000 la 20.900).

Cu iodur de potassiu, chlorur de potassiu şi sulfat de sodă nu se observă nici o reacţiune pe când cu bromur de sodiu şi iodur de sodiu, reacţiunea este la fel ca şi cu chlorur de sodiu. Dacă se suprapune curbele termice şi leucocytare, se vede că ele nu coincidă, reacţiunea leucocytară rămâne mai în urmă; maximul ei se produce când febra a început a scade. Leucocytoza revine la normală după 48 ore. Această leucocytoză se produce exclusiv pe seama polynuclearelor pe când eosinofilele scad sau dispar. Această reacţiune (febra şi leucocytoza) are o însemnătate foarte mare din punctul de vedere teoretic, întrucât ne arată că 2 manifestaţii cari erau până acum considerate ca funcţie de infecţie, pot depinde numai de alimentaţie.

Ceea-ce probează că o modificare a florei intestinale nu poate interveni în aceste cazuri, este că se poate obţine o reacţiune leucocytară identică şi prin injecţie subcutanată de soluţie de chlorur de sodiu.

Patogenia acestor fapte este absolut obscură. Autorul face ipoteza că digestiunea normală dă loc la produse toxice pyretogene cari suferă înainte de a fi absorbit un proces de desintoxicaţie.

Dacă proporţia de sare este de $3^0/_0$ la sugaciul normal, de $1^0/_0$ la cel bolnav, desintoxicaţia nu mai e posibilă şi produsele pyretogene şi chimio-tactice positive trec în organism (?).

GR. JACOBSON.

Terapeutică

MARCEL LABBÉ. — Régimes alimentaires. I. B. Baillère. *Paris.* 1910. Această carte din colecţia „Bibliotheque de Thérapeutique“ publicată sub direcţia lui Gilbert şi Carnot se recomandă medicului practicant prin caracterul său esenţialmente practic. Din datele chimice şi fiziologice se găseşte aci numai cele absolut trebuincioase, pe când partea practică, regimele alimentare, sunt tratate cu o foarte mare dezvoltare astfel că medicul practician poate găsi toate regimele de cari ar putea avea nevoe în diferitele boli cari este chemat a le căuta. La acest punct de vedere, cartea d-lui dr. Labbé este foarte preţioasă întru cât prin simplicitatea şi limpiditatea cu care este scrisă, va contribui la răspândirea noţiunelor de dietetică necesare ori-cărui medic şi, din nefericire pentru bolnavi, prea puţin cunoscute de un mare număr de confraţi.

Partea I-a este consacrată principiilor de nutriţiune. Aceste principii sunt expuse pe scurt (în 50 pagini) dar nu lipseşte nimic din noţiunile necesare pentru a înţelege uşor restul cărţei.

In partea II-a autorul studiează *alimentele* După câte-va consideraţiuni chimice şi fiziologice, referitoare la alimentele simple (albumine, hydraţi de carbon, grăsimi) intră în studiul alimentelor compuse, pe cari le trece în revistă cu deamănuntul, studiând pentru fie-care compoziţia chimică, varietăţile, digestibilitatea, valoarea alimentară, şi modurile de a le găti. O mai mare dezvoltare este dată capitolului relativ la lapte în care, pe lângă noţiunile chimice şi fiziologice se găseşte studiate şi diferitele varietăţi de lăpturi modificate, sterilizate sau conservate, lăpturile fermentate (iaurt, babeurre, kefir, koumis) şi brânzeturile. Această parte a lucrărei se termină prin studiul băuturilor simple sau fermentate şi printr'o tabelă în care se poate găsi cu uşurinţă compoziţia chimică a principalelor alimente usuale.

In partea III-a Labbé studiează alimentaţia indivizilor sănătoşi; *a)* Alimentaţia la diferitele vârste ale vieţei (sugaci, copii, adolescenţi, adulţi, bătrâni). Autorul insistă asupra alimentaţiei lucrătorilor şi reproduce o serie de tabele întocmite cu colaborația Prof. Landouzy și a lui L. Labbé, tablouri cari arată modul cum trebue să se hrănească lucrătorii pentru a avea o alimentație hygenică suficientă ca valoare calorifică și cu un minimum de cheltueală.

Medicii însărcinați cu căutarea lucrătorilor din fabrici și stabilimente industriale, vor găsi în aceste tabele, modeluri după cari se vor putea inspira pentru a da lucrătorilor poveţe cari le vor fi de cel mai mare folos.

b) Alimentaţie la diferitele perioade ale vieţei sexuale ale femeei (femei însărcinate, doici, menopauză . . .)

c) Alimentaţie după idiosincrasii, *d)* după condiţiunile geografice (anotimpuri, clime, ţări, rase *e)* după condiţiunile economice (după mijloace, după ocupaţii, alimentaţie în şcoli, alimentaţia oamenilor de sport) *f)* după religii . . .

Labbé trece pe urmă în revistă alimentaţia colectivităţilor (armată, marină, închisori).

Capitolul al III-lea este consacrat boalelor provocate prin alimentaţie: alimentaţie insuficientă sau supraabundentă, alimentaţie infecţioasă sau toxică. Tot în această parte a III-a se găsesc înşirate diferitele regime de supraalimentaţie, de subalimentaţie, regimul de carne, de lapte, vegetarian sau fructarian.

Un capitol se ocupă cu alimentaţiile în spitalurile din Franţa şi din celelalte ţări.

In fine partea III-a se termină printr'o revistă a diferitelor moduri de alimentaţie prin căi anormale (clisme, supositorii, gavaj, injecţii alimentare subcutanate şi intra-venoase).

Partea IV-a este cea mai importantă. E vorbă de alimentaţia bolnavilor. Autorul studiază succesiv modul după cum trebuesc alimentaţi operaţii, obezii, diabeticii, gutoşii, alimentaţia în diferitele afecţiuni ale tubului digestiv, în afecţiunile ficatului, în boalele căilor urinare. la cardiaci, la atheromatoşi, în boalele infecţioase acute, în tuberculoză, la anemici, în boalele cutanate, în afecţiunile systemului nervos, în boalele glandelor vasculare-sanguine, în boalele oaselor şi în maladiile sugacilor . . . . .

Fie-care din aceste boli este studiată într'un capitol special şi pentru fie-care autorul expune mai întâi principiile pe cari se bazează regimele, pe urmă regimele diferiţilor autori şi în fine termină printr'o parte pur practică, modul de a conduce cura dietetică. Această din urmă parte, este însoţită mai totdeauna de modeluri de „menus“ cari vor fi de cel mai mare folos pentru practiciani.

Partea V-a este o inovaţie: e vorba de o adevărată carte de bucătărie în care se găsesc în mod foarte limpede formulele de preparaţie a diferitelor alimente pentru bolnavi. Cred că foarte puţini confraţi sunt în curent cu tecnica acestor preparaţiuni culinare. Care e medicul care n'a fost ambarasat când cine-va din familia bolnavului l'a întrebat vre-odată cum se găteşte cutare sau cutare aliment? Cartea d-lui Labbé permite de a răspunde la toate întrebările de felul acesta şi de a varia regimele alimentare ale bolnavilor, ceea-ce va fi de un mare ajutor când medicul va avea a hrăni bolnavi dificili sau obligaţi de a urma un regim foarte restrâns.

Din această analiză sumară a cărţei d-lui Labbé se poate judeca ce bogat material conţine şi de ce mare folos poate fi în clientelă. Pentru aceasta o recomand cu insistenţă confraţilor ca o carte eminamente utilă.

GR. JACOBSON.

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine
CALEA VICTORIEI— PASSAGE ROUMAIN, 19.— BUCAREST
TÉLÉPHNE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* M. M. A. Gilbert et L. Thoinot,	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.20
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes. *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO" le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească"

Anul V, No. 12 Decembrie 1909. Volumul II.

REVISTA
ŞTIINŢELOR MEDICALE

PUBLICAŢIUNE LUNARĂ

Dr. EMIL SAVINI
Asistent al clinicei II medicale din Charité-Berlin

Cercetări asupra indoxilului urinar
şi
câte-va cuvinte despre analizele de urină

Privind totalitatea organelor şi aparatelor cari alcătuesc organismul omenesc şi anume din punct de vedere bacteriologic, vedem că în stare normală, cele mai multe dintre acestea sunt sterile de microbi. Unii autori au putut arăta, că în timpul absorbţiunei digestive, pot trece puţini microbi în sânge, dar aceasta se întâmplă numai în chip cu totul trecător, căci dispar repede, aşa în cât putem socoti organele şi aparatele organizmului omenesc, ca tot-deauna sterile. Numai puţine dintre ele şi acestea chiar numai în parte, ca de pildă partea periferică a aparatului respirator, a celui genital, etc., sunt locuite de microbi diferiţi, cari însă — deşi uneori pot să se găsească în cantităţi mari — duc în deobşte o viaţă saprofitică şi trăind ca paraziţi, se înmulţesc şi dau naştere la diferite producte, fără a supăra însă, întru nimic, buna funcţionare, nici a organului în care se găsesc şi nici a organizmului întreg.

In potriva acestei majorităţi de organe sterile, două aparate adăpostesc cantităţi foarte mari de diferite bacterii şi în toată întinderea lor; acestea sunt: aparatul digestiv şi pielea. Aceasta din urmă, socotită împreună cu anexele ei, prin complexitatea sa anatomică şi fiziologică, poate fi foarte bine luată ca un aparat aparte. E drept că anexele pielei şi ale aparatului digestiv, sunt în cea mai mare parte sterile, dar este de luat în seamă, de asemenea, că aceste anexe reprezintă organe aparte; aparatele propriu zise însă conţin bacterii în toată întinderea şi în cantităţi mari. Şi nici nu s'ar putea alt-fel, de oare-ce aceste două aparate ne pun în contactul cel mai apropiat şi mai nemijlocit cu lumea exterioară, însă pe când pielea este influenţată de agenţii atmosferei exterioare mai cu seamă în chip fizic, în conţinutul tubului digestiv — care ar forma oare-cum atmosfera interioară — se petrec procese mai ales de ordin chimic. Aci substanţele introduse ca alimente, sufăr o serie de transformări chimice — datorite în primul loc fermenţilor digestivi — cari toate au de rezultat de a despica feluritele molecule complexe, şi ca atare, cu neputinţă de a fi întrebuinţate direct de către organizm, în molecule mici, cari pot fi resorbite uşor în sucurile organismului, sintetizate în alt chip îndată după rezorbţie şi purtate de sânge pretutindeni, spre a fi oferite diferitelor elemente anatomice, cari îşi recrutează apoi din toată seria acelor substanţe pe acele de cari au nevoe, sintetizând din nou molecule complexe şi variate pentru trebuinţele lor proprii. Cu alte cuvinte, produsele de sinteză chimică din natură, pe cari le introducem în tubul digestiv ca alimente, sufăr mai întâi transformări analitice şi apoi sintetice; acestea sunt procesele fiziologice normale cari alcătuesc temelia nutriţiunei.

Insă odată cu alimentele, introducem neapărat felurite specii bacteriane, cari infectează continuu tubul digestiv în toată lungimea lui. Acolo unde găsesc condiţi prielnice pentru prosperarea lor, bacteriile se înmulţesc şi prin procesele lor de viaţă, dau naştere la diferite producte, cari provin din unele substanţe cuprinse în tubul digestiv, asupra cărora pot avea vr'o acţiune oare-care. Distribuţia bacteriilor nu este uniformă, aşa de pildă în cavitatea bucală şi în faringe, se găsesc în mare cantitate, în esofag şi stomac puţine, în intestin (mai ales în cel gros) foarte multe, ceea ce este lesne de înţeles, dacă ne gândim la condiţiile elementare cerute de bacterii, spre a putea să se înmulţească. Cantitatea de bacterii din intestin, nu e de loc de despreţuit, căci din masa întreagă a materiilor fecale, cam o treime este constituită numai din corpuri bacteriane.

Dintre toate aceste specii bacteriane, cari infectează tubul digestiv, ne interesează aci numai acele cari dau naştere la procese de putrefacţiune.

Ştim că chiar în condiţiuni de sănătate completă, au loc ast-fel de procese în cavitatea bucală de pildă, şi asemenea din pricina resturilor alimentare din spaţiile interdentare, mai ales la acei idivizi, cari nu poartă grije de curăţenia gurei şi cu atât mai mult încă la acei cu carie dentară. Ori-cum însă, aceste procese sunt de o importanţă mai mică, căci rare ori au loc în măsură mai mare. Cele mai importante se petrec însă în intestin, unde condiţiunile sunt cu deosebire favorabile: substanţe organice, căldură, reacţiune alcalinică potrivită a mediului, întunerec, umezeală, stagnare mai îndelungată a materiilor putrescibile. Din potrivă, în esofag şi în stomac, condiţiunile nu sunt de loc prielnice: esofagul este numai de trecere, stomacul se opune prin reacţiunea pronunţat acidă a conţinutului său, din pricina acidului clorhidric, apoi stagnarea în stomac e şi prea de scurtă durată.

In stare patologică însă, procesele de putrefacţiune din intestin pot să crească foarte mult, ba pot să aibă loc şi în acele părţi din tubul digestiv, unde de alt-fel n'au loc nici odată, de pildă în esofag, în stomac; une-ori pot apărea şi în focare situate în alte aparate de pildă în gangrenă şi abces pulmonar, în caverne pulmonare, în exsudate pleuritice putride, etc.

Aceste procese de putrefacţiune, cari se petrec în organismul viu, sunt foarte asemănătoare cu acele cari au loc spontaneu în lumea exterioară. Prin putrefacţie, substanţele organice, producte sintetice superioare, sunt despicate în combinaţii chimice, din ce în ce mai simple şi într'acest chip substanţele organice se reîntorc în sânul materiei anorganice de unde au plecat. (1)

Putrefacţia, tinzând să readucă elementele chimice înlănţuite, în combinaţiuni sintetice superioare la libertatea lor primordială, îndeplineşte o operă de analiză. Dacă viaţa unui individ animal este un complex de procese sintetice şi analitice, apoi din clipa morţei lui nu mai au loc de cât procese analitice. Chiar prin faptul morţii are loc un proces de analiză, însă într'un înţeles mai larg al cuvântului. Acest prim şi însemnat proces, din seria neîntreruptă a proceselor analitice ce vor urma, este despărţirea dintre organism ca materie şi funcţiunile lui, indiferent în ce fel concepem noţiunea de funcţiune.

In clipa morţei încetează funcţiunile mari complexe, cari caracterizează individul, după aceea mor cu încetul elementele anatomice; în acest timp însă — şi până să apară putrefacţiunea — mai au loc în organ procese autolitice datorite mai ales fermenţilor celulari descatenaţi şi lucrând acuma în toată libertatea, un soiu de anarhie fiziologică. In sfârşit vine putrefacţiunea, care duce moartea mai departe, aducând moartea combinaţiunilor organice. Cum vedem o serie neîntreruptă de procese analitice numai. Am putea zice că analiza caracterizează moartea, pe când sinteza caracterizează viaţa şi că cu cât avem o sinteză mai complectă, superioară, cu atât avem o formă de viaţă mai înaltă.

---

(1) Această deosebire între substanţe organice şi anorganice este numai un chip de a vorbi de a schematiza faptele pentru uşurinţa graiului şi a înţelegerei, în realitate nu există nici o graniţă între grupa combinaţiunilor numită organice şi cele anorganice, toate sunt combinaţiuni chimice.

Interesant ar fi să ştim exact dacă, cum şi întru cât produsele rezultate în intestin prin putrefacţie şi rezorbite sunt dăunătoare organismului. Producerea, rezorbţia, circularea şi eliminarea acestor producte se face continuu şi totuşi organismul pare că se păstrează într'o stare de sănătate desavârşită. Sunt oare indiferente aceste substanţe pentru organizmul nostru? Părerile sunt împărţite: pe când unii autori nu le îngădue nici o însemnătate, alţii din potrivă văd în ele pricina unei autointoxicaţiuni cronice, în seama căreia pun cloroza, anemii diferite, (chiar şi cea pernicioasă), neurastenia, arterioscleroza, îmbătrânirea noastră timpurie, etc. Toate acestea însă sunt numai păreri subiective ale diferiţilor autori, fără a fi întemeiate ori dovedite prin cercetări ştiinţifice riguroase şi ca atare trebue tratate cu rezervă; totul *pare* în această lume, e vorba numai dacă *este* ori *nu*.

Fără îndoială că aceste producte ale proceselor de putrefacţiune intestinală, cari se rezorb în organism necontenit — deşi în stare normală — nu-i pot fi indiferente, numai nu ştim întru cât şi în ce fel. Trebue să admitem aceasta pentru productele proceselor de putrefacţie, cu atât mai mult, cu cât ştim, că principii alimentare — cari de sute şi mii de ani erau socotite ca foarte folositoare şi necesare organismului — astăzi sunt privite cu totul alt-fel. Aşa de pildă mai întâiu alcolul a primit afurisirea; este de prisos a mai reaminti ce efecte păgubitoare are acesta asupra indivizilor înşuşi şi asupra urmaşilor acestora. Mai apoi s'a arătat că şi carnea nu este un aliment indiferent; că iea—precum şi extractele făcute din carne—ridică tensiunea sanghină, că reducerea cantităţei de carne în alimentaţia bolnavilor cu insuficienţă renală, mai ales la cei cu scleroză renală, este foarte raţională. Mai de curând anatema a căzut asupra sărei de bucătărie, căci s'a dovedit până la evidenţă, că suprimarea sărei din alimentaţie — ori numai reducerea ei într'un chip simţitor — face să scadă edemele nefriticilor, suprimă ori răreşte atacurile stenocardice, etc.

In sfârşit, nici chiar apa, nevinovata apă, n'a scăpat de a fi pusă la index; în anumite cazuri, (ca de pildă, la un individ cu insuficienţă renală, care are tensiunea sanghină ridicată), înghiţirea unei cantităţi mai mari de apă, dă un atac de edem pulmonar cu simptome foarte îngrijitoare. Deci, aceste alimente pot fi privite în unele cazuri ca otrăvuri. Dar atunci ne întrebăm cu drept cuvânt: ce nu-i otravă? — Toate sunt otravă, toate irită organizmul; numai ţinând socoteală de cantitatea şi felul substanţei considerate şi de organizmul căruia acesta se adresează, după direcţiunea în care iritaţiunea se face: folositoare ori vătămătoare, putem să decretăm dacă-i aliment ori otravă şi încă trebue să facem aceasta cu rezervă.

Privite ast-fel, substanţele produse prin procesele de putrefacţiune intestinală rămân cel puţin suspecte.

* * *

In intestin iau naştere prin procesele de putrefacţiune ale substanţelor albuminoase, precum şi ale productelor lor de descompunere (acizi aminici), sub influenţa fermenţilor digestivi, o sumă de producte, dintre cari unele sunt gazuri: hidrogen, acid sulfhidric amoniac, bioxid de carbon; iar altele sunt substanţe aparţinând seriei aromatice şi acestea mai ales sunt caracteristice fenomenelor de putrefacţie: indol, scotol, fenoli, etc.

Gazurile sunt eliminate parte prin flaturi, parte se rezorb şi sunt eliminate prin aparatul respirator mai ales; cele-l'alte substanţe sunt eliminate în cantităţi variabile, parte odată cu fecalele, parte sunt mai întâi rezorbite şi cele mai multe din ele sunt împerechiate mai ales cu acidul sulfuric, une-ori şi cu cel glucuronic şi eliminate prin urină ca esteri şi săruri simple. Este de luat în seamă încă după cum a arătat Fr. Müller (1), că bacteriile cari dau naştere la procesele de putrefacţiune în intestin pot fi diferite şi atunci lucrând diferite de la un caz la altul şi productele rezultante vor fi altele.

S'a crezut o vreme, că din cantitatea esterilor sulfurici, din urină, se poate aprecia uşor măsura în care au loc procesele de putrefacţiune în intestin (Baumann), ştiind că omul sănătos eliminează zilnic 0,1 — 0,6 gr. esteri sulfurici, variaţiunile acestei eliminări ar fi permis oare-cari încheieri diagnostice şi terapeutice. Pentru ca aceasta însă să fie adevărat, două condiţiuni se cer să fie îndeplinite:

---

(1) Allgemeine Pathologie der Ernährung 1903.

a) Substanţele aromatice din intestin, odată rezorbite în organism şi înainte de a fi eliminate prin urină, să nu sufere oxidaţiuni prea intensive şi descompuneri prea îndepărtate, aşa în cât să nu mai poată da naştere la esteri şi

b) Cantitatea substanţelor aromatice ce se rezorb să fie totdeauna într'o proporţiune fixă faţă cu cantitatea totală formată în intestin.

Nici una din aceste condiţiuni nu este îndeplinită nici pe departe măcar: substanţele rezorbite sufăr în parte descompuneri foarte îndepărtate şi nu mai apar în urină ca esteri, iar cantitatea de producte cari se rezorb este foarte variabilă, aşa în cât nu poate fi vorba de proporţionalitate între cantitatea eliminată prin urină şi cea eliminată prin fecale, spre a putea aprecia cantitatea totală. Faptul acesta din urmă este uşor de înţeles, dacă ne gândim câţi factori diferiţi schimbă condiţiunile în intestin: cantitatea de albumine, intensitatea proceselor de putrefacţiune şi mai ales locul unde acestea se petrec, puterea de rezorbţiune a mucoasei intestinale, care de alt-fel este în legătură cu durata stagnării materiilor intestinale, prin urmare cu vioiciunea peristaltizmului intestinal, etc.

Vedem deci, că eliminarea substanţelor numai prin urină ne expune la greşeli şi că pentru a avea o măsură, măcar aproximativ exactă a putrefacţiunilor intestinale se cere numai de cât să determinăm cantitativ şi substanţele cari se elimină prin fecale şi să le adunăm la cele din urmă.

Cercetând însă literatura asupra acestor chestiuni, găsim că mai toţi autorii s'au mărginit numai la analiza urinei, unii determinând cantitativ acidul sulfuric legat în esteri, alţii dozând titrimetric ori calorimetric aşa numitul indican şi numai foarte puţini au studiat eliminarea substanţelor rezultate din putrefacţiunea intestinală, atât prin fecale cât şi prin urină şi rezultatele acestora din urmă sunt cele mai exacte, dar diferă de ale celor dintâi.

Insă fiind-că nu numai în această împrejurare, ci şi în nenumărate altele şi de toate zilele, s'a atribuit şi se atribue încă analizelor de urină atâta însemnătate nemerită, se cuvine a spune câte-va cuvinte asupra acestui lucru:

Cu deosebire în oraşele mari, unde din anumite pricini comerţul încheie une ori o legătură nelegiuită cu ştiinţa, sau mai bine zis cu pseudo-ştiinţa, se găsesc nenumăraţi indivizi îmbrăcaţi cu diferite titluri, cari fac analize de urină, bacteriologice, de sânge, etc. etc., cu o iuţeală înspăimântătoare, alt-fel comerţul nu ar renta în deajuns. Un ast-fel de analizator e de obiceiu modest, se mulţumeşte cu câte-va sute cm.^{3} de urină, alţii mai îndrăzneţi, mai întreabă şi de cantitatea din 24 ore. Ori-cum ar fi, specialistul nostru, în mai puţin de $^1/_2$ oră, prezintă un tablou lung şi lat, în care se găseşte un numai greutatea specifică, reacţiunea urinei, etc, dar şi o sumedenie de substanţe sunt dozate, la litru şi pentru urina de 24 ore, precum: cloruri, uree, azot total, azot din uree, sulfaţi liberi şi conjugaţi, fosfaţi, acid uric, albumină, glucoză (1) etc. apoi dacă conţine sau nu indican, pigmenţi biliari urobilină, etc., analiza sedimentului, apoi raporturile urologice ale lui Zuelzer, Robin, Bouchard, etc., încoronate la sfârşit de aşa numitul rezumat (sau concluziuni) în care dacă nu se recomandă şi tratamentul cuvenit, apoi se găsesc de sigur în tot-deauna indicaţiuni diagnostice de siguranţă desăvârşită.

De alt-fel aceste analize nu ar avea nici o însemnătate, dacă ar trece neobservate şi dacă nu li s'ar îngădui o încredere pe care n'o merită. Insă nu numai că sunt făcute din propria iniţiativă a bolnavului ori acelor ce 'l înconjoară şi apoi prezentate medicului, (ori une-ori consultului de mai mulţi medici), care de obiceiu este foarte mulţumit, dar adeseori însăşi medicul ordonă executarea analizei de urină crezând că 'şi întovărăşeşte un element însemnat şi obiectiv pentru diagnoză şi tratament. Rezultatele sunt date în cifre, ce poate fi deci mai exact şi mai elocvent de cât cifra? Nu s'a zis doar, că un singur rezultat numeric are mai multă valoare reală şi statornică de cât o întreagă bibliotecă plină de ipoteze minunate? Şi cu toate acestea, nimic nu târeşte mai uşor şi în chip mai ademenitor în prăpastia neadevărului de cât tot cifra.

Cea mai elementară judecată sănătoasă ne arată că 1) urina este numai unul din productele de excreţiune ale substanţelor din organism şi că prin urmare sunt de luat serios în seamă şi cele-l'alte şi 2) urina însă-şi este foarte variabilă calitativ şi cantitativ în ce priveşte componentele ei; aici sunt o sumă de factori cari joacă rol: natura şi cantitatea substanţelor solide şi lichide întroduse în organism, timpul zilei şi presiunea sanghină, permeabilitatea renală, anotimp, starea de muncă ori odihnă, de boală ori sănătate, mersul fiziologic normal ori anormal al schimburilor nutritive în general, etc. Urina nu poate fi asemănată unei ape minerale oare-care de compoziţiune fixă, la care să fie de nevoe a cunoaşte exact combinaţiunile chimice pe cari le cuprinde, ba încă după ideile moderne şi starea de ionizaţie ale elementelor chimice conţinute, ci în urină este de trebuinţă a cunoaşte câte-va lucruri numai (nu toate) şi acestea chiar numai în anumite condiţiuni, ţinând seamă în primul loc de hrană. Analizele de urină, aşa cum sunt astăzi făcute fără scrupule, nu au nici o valoare. Dar vreau să dau aci câte-va pilde, cari vor părea poate anecdotice după felul şi chipul cum sunt spuse, spre a arăta în ce greşeli ridicule poate cădea cineva din crezare la ast-fel de analize.

Am şi eu un bun prieten, căruia nu numai că 'i sunt foarte drag, dar care poartă grija sănătăţei mele mai mult de cât mine însumi, deşi nu-i medic. Cum mă vede, mă întreabă amănunţit de sănătate, găseşte că slăbesc, că sunt poate puţin cam umflat la faţă, etc. Se înţelege că cu încetul îmi vâră în cap ideia că am ceva, ce-i mai uşor de cât sugestiunea când e vorba de sănătatea omului? In sfârşit într'una din zile mă întâmpină stăruitor şi-mi cere în numele prieteniei ce ne leagă să dau să-mi fac analiza urinei, 'ntărind spusele lui cu citarea diferitelor cazuri de cari a auzit vorbindu-se, cazuri, unul mai negru de cât cel-l'alt, mai toate mortale ori cam aşa ceva, toate din pricină că persoanele despre care este vorba, nu 'şi au analizat urina nici odată. Auzind acastea, spinarea mi se făcea ghiaţă şi părul măciucă. Mă învoesc îndată să dau ascultare bunului sfat, şi rămâne hotărâtă ziua următoare ca să strâng cu grije preţiosul lichid auriu al organizmului din a cărui analiză răsare viaţa, strângându-mi mâna cu recunoştinţă prietenul, mă părăseşte recomandându-mi să-mi fac curaj; se vede că aveam mutra plouată rău! Şi cum stam aşa singur şi deznădăjduit, în prada presimţirilor rele, mă gândeam ca Hamlet la nimicnicia vieţei! O Eminescu, Leopardi, Heine, unde sunteţi?... Cât sunt de aproape poate de clipa în care trebue să păşesc pragul acelei vieţi vecinice, de unde nimeni nu s'a întors vreodată şi unde este numai ferice şi viaţă deapururi! Şi toate acestea pentru o blestemată de analiză pe care nu m'am îndurat s'o fac până acum! Şi apoi ce viaţă nesărată am dus până acum! Datoria şi iarăşi datoria şi încolo tot bolnav (căci acum mă socoteam cu dinadinsul bolnav). Dar atunci fiind-că zilele-mi sunt poate numărate, mă hotărăsc să mai gust puţin şi din cele plăceri dătătoare de viaţă. A doua zi, în zori de ziuă, plecai cu puşca la vâuat în tovărăşia prietenului şi al unui flacon destul de mare, menit să culeagă lichidul de la a cărui analiză atârna viaţa sau moartea. Pe unde am poposit am mâncat zdravăn pastramă la frigare şi am băut must, lăutarii ziceau bine din vioară cântece de inimă albastră... în sfârşit am petrecut foarte bine şi uitasem de boala mea cu totul. Se face analiza şi peste câte-va zile dau fuga cu analiza la medicul meu; când colo, ce să vezi? Analizatorul meu atrăgea atenţia în concluziuni că între altele elimінez o cantitate considerabilă, extraordinar de mare de cloruri, că prin urmare este vorba de un organism care se demineralizează. In câte-va cuvinte, doctorul, îmi explică primejdia demineralizărei: mi se dizolvă oasele, de tot şi mă prăpădesc, dacă nu încep cât mai curând o cură serioasă şi intensivă de ape minerale; îmi recomandă să mă duc la Kissingen şi să mi se facă regulat injecţiuni subcutanate de ser fiziologic, alt-fel rămân în curând cu totul lipsit de cloruri, sucul gastric nu va mai fi activ, etc.

---

(1) Şi cine nu ştie câtă vreme ea o singură determinare exactă a clorulilor din urină: Nu-i oare de mirare că în $^{1}/_{2}$ de oră pot fi făcute atâtea determi? inră

Şi dacă stăm şi judecăm, ce cuminte bietul organism! Mâncasem doar pastramă multă, întrodusesem prea multe cloruri, el şi-a făcut datoria şi le-a dat repede afară şi totul s'a isprăvit.

Trecu o vreme. Prietenul cel vecinic cu grijă de sănătatea mea, nu se lasă până ce nu mă învoesc la o a doua analiză. In ziua aceia m'am ferit de pastramă şi de sărături; am mâncat carne, creeri, ficat, rinici, am băut vin, cafea, ceaiu. Urinologul meu găseşte de data aceasta cu totul alt-ceva: „Intre altele, încheie el, ne frapează cu deosebire aciditatea excesivă a urinei, indicameria foarte pronunţată dar mai ales faptul că urina conţine şi sedimentează prin şedere o cantitate foarte abundentă de acid uric şi urat acid de sodiu, precum şi mult oxalat de calciu. Deci gută şi gravelă manifestă.“ (1) Iarăşi mă duc la medic, îi înmânez analiza şi aşteptam îngrijit osânda. Il văd cântărind cu gravitate concluziunile, apoi cifrele, apoi: „Mă rog, tatăl, mama d-tale au avut gută?

— Nu.

— Fraţii, surorile?

— Nu.

— Ai avut d-ta atacuri aşa şi aşa (şi-mi spune povestea degetului celui mare de la picior)?

---

(1) Un alt analizator mai prevăzător ar fi zis (într'un caz asemănător cu cel de mai sus) în chip diplomatic: „predispoziţiune artritică“.

— M'a ferit Dumnezeŭ de aşa ceva !

— Duci viaţa trândavă, bei şi mănânci peste măsură ?

— Dar de unde ! Tot-deauna cât trebue, iar de muncit, muncesc cât patru. Il aud apoi pronunţând cuvinte mistice. „Diateză, artitizm... Ereditate nu-i hm! dar asta nu are a face.“ Ca printr'un reflex vine apoi tratamentul: „D-ta eşti ameninţat de o boală grea, de aceia, dacă vrei să scapi, trebue să ţii dietă. Nu-ţi este permis să mănânci nici ciuperci nici legume ori fructe acide, nici lămâe ori oţet, nici vânat, nici carne, nici ouă, nici brânză, nici alcoolice de ori-ce fel. Să te fereşti ca de foc de sărături, acrituri, pipărături. Ai în schimb toată voia pentru carne albă, peşte, creer, pâine, cafea ceaiu. Şi dacă nu laşi acum totul şi nu te duci pentru două luni la Vittel ori la Vichy unde trebue să urmezi o cură serioasă, apoi nu garantez pentru d-ta! Mare noroc ai avut până acum că n'ai căpătat calcule urinare, păzeştete cel puţin de acum înainte; eşti grozav ameninţat!“ Şi iată-mă din bun sănătos, cum mă credeam, că sunt ameninţat de nu ştiu ce grav de tot. Mă duc la Vichy într'un suflet, mă plimb, petrec, beau apele prescrise şi mă întorc acasă bine şi sănătos, ca după o lungă perioadă de odihnă şi schimbare a monotoniei de toate zilele. La o nouă analiză se constată că aciditatea urinei este scăzută, acidul uric scăzut, nisip roşu nu mai apărea... doctorul îşi freacă mâinile de bucurie, analizatorul de asemenea, veseli şi convinşi că m'a scăpat de la mare primejdie.

Şi doar succesul, în înţelesul lor, este cu desăvârşire închipuit numai, căci eu introdusesem în organism, printr'o hrană compusă covârşitor din alimente de origină animală, o cantitate foarte mare de substanţe nucleinice, pe cari organismul le-a dat afară ca acid uric şi uraţi; de asemenea aciditatea mare a urinei, sedimentarea acidului uric şi al celui oxalic se explică iarăşi foarte uşor. Nici cantitatea crescută a acidului uric eliminat, nici faptul dacă acesta se elimină sub o formă ori alta (acid uric sau urat acid de sodiu) ori sub amândouă, nici sedimentarea lui în cantitate mai mare sau mai mică nu au însemnătatea ce li se îngădue, nici nu înseamnă gută ori gravelă. Şi nu numai că cantitatea de acid uric eliminată prin urină nu are însemnătate, ci încă încheierea scoasă, că acel care are mult acid uric în urină e gutos ori înclinat spre gută, este cu desăvârşire falşă. Din potrivă, *gutosul reţine în organism mai mult acid uric de cât omul normal*, tocmai contrarul concluziei trase din analiza urinei. Putem zice că nivelul acidul uric în sânge la omul normal este foarte scăzut pe când la cel gutos e ridicat. **Garrod** ştia aceasta când punea în evidenţă acidul uric din sângele gutoşilor prin procedeul său odinioară clasic cu firul de aţă. Fără a lua în seamă alimentaţiunea, fără a determina exact câtă cantitate de purine întroduce individul în organizm, cât elimină prin urină, cum variează nivelul acidului uric în sânge, cum reacţionează acelaşi organizm când i se dau purine şi când acestea sunt scoase cu desăvârşire din alimentaţie, fără acestea studiul cantitativ al eliminării acidului uric nu are nici un rost; în privinţa acestui fapt nu mai rămâne nici o îndoială. Dar despre aceste lucruri altă dată poate.

Şi aş putea înmulţi felul pildelor de mai sus, dacă am urmări eliminare ureei, fosfaţilor, etc, dar este de prisos. Fiind-că însă în lucrarea de faţă ne interesează întrebarea întru cât esterii urinari şi în special indoxilul pot sluji ca măsură pentru intenzitatea proceselor de putrefacţiune din intestin, este bine să luăm în seamă că şi cantitatea acestora variază mult după alimentaţie (cantitate mult mai mare de esteri atunci când se introduce albumină mai multă), după momentul zilei (în urina de dimineaţă, exceptând pe cea imediat după sculare cantitatea de indoxil este mică), etc., aşa încât felul hranei este de luat în seamă riguros. Asupra acestei chestiuni vom reveni mai la vale.

Pe de altă parte sunt alte pricini, este adevărat însă de natură inferioară, care au făcut ca obiceiul analizelor de urină să se răspândească în public. In fruntea acestora vine moda, tirana şi nefasta stăpânitoare a lumii, mai ales a celei femeeşti. Medicina a avut, are şi are să aibă încă multă vreme de zăcut fără rost subt jugul ei. Pricina pare să fie datorită faptului, că medicina este încă un amestec nelămurit de ştiinţă şi artă, o ştiinţă pseudoexactă. Să luăm de pildă matematecile, chimia, fizica şi vom vedea că la acestea moda nu joacă rol, pe când îndată ce trecem in iartă, în ştiinţele şubrede, ca medicina, aceasta domneşte atot puternică. Căci ce-moda alt ce-va de cât o epidemie morală? Nu vedem oare că se răspândeşte în lumea întreagă ca o epidemie apucătura de a avea o privire unilaterală, de a judeca în chip orbesc într'o problemă medicală oare-care? Nu avem oare etiologii, patogenii, diagnostice, tratamente la modă, care apar, după o vreme se stâmpără, mai într'un târziu de vreme apar din nou şi tot aşa? Să ne amintim numai de pildă cum în unele vremuri aproape toată lumea are puţină apendicită, tuberculoză, etc. Mai de curând pare să fie ajuns de „bon ton“ ca cineva să aibă puţin tabes ori puţină paralizie generală, să prezinte o reacţiune de fixaţiune a complementului cel puţin I. Este adevărat însă, că moda analizelor de urină este de dată ceva mai veche şi că prin urmare şi mai intrată în obiceiuri, dar a şi rămas.

Madame Pulchérie de X veut absolument avoir son analyse..... A! să nu uit aici să spun pentru acel medic, care ar putea în chip naiv să facă o greşală enormă, că se zice: analiză, nu analiză de urină! Medicul novice va fi crezând poate, auzind vorbindu-se vag despre analiză — noţiune generală —, că trebuia să întrebe ce fel: de urină, bacteriologică, de sânge?..... Sărmane! dar vor fi privit cu dispreţ, se vor convinge toţi că n'ai nici umbră de educaţie în tine, căci în conversaţie — mai ales în cea de salon — trebuie ca *aparenţele* în vorbe şi fapte să fie foarte cuviincioase. Dar nu vezi tu cât de necuviincios sună acest cuvânt ordinar. urină? Nu vezi, nu? Atunci eşti lipsit de educaţie; îmi pare rău dar n'am ce să-ţi fac! — Prin urmare vei face bine să întrebi pe doamna numai dacă s'a făcut analiză. Şi apoi, fiind-că a venit vorba, cu atât mai mult să nu cumva să te împingă păcatul să întrebi pe „madame“, nici chiar între patru ochi, dacă a avut vreo-dată sifilis, deşi adesea aceasta este poate de însemnătate foarte mare pentru diagnoză, tratamentul..... Vei vedea o izbucnire de indignare şi de ofensă ce i ai făcut cu întrebarea ta nesăbuită, mai ales dacă l'a avut, că te vei îngrozi. Ca să reuşeşti în clientela feminină adă-ţi aminte de sfaturile pe care le dă Mefistofele învăţăcelului! In împrejurarea de mai sus te-aş sfătui mai bine aşa: nu întreba pe femei despre sifilis nici odată, dar presupune-l tot deauna.

Dar să reluăm firul întrerupt: Madame veut absolument..... Un bun prieten al casei o lămurire asupra funcţionării diferitelor aparate dar este încă deosebire de vederi între Madame şi Monsieur. Şi acuma încă îmi răsună în urechi disonanţa grozavă pe care o adusese această deosebire asupra folosului a astfel de analiză continuă. Madame perora pe ton ascuţit: „de asta m-am măritat, să n-am parte măcar să'mi caut de sănătatea pe care mi-o mânânc cu un om fără de inimă ca d-ta? Ia te uită cum la madam Y bărbatu său îi face câte două analize pe lună şi mie nici măcar odată la trei luni? Oh! mon Dieu que je suis malheureuse! Bine, dar să ştii că nu mai ai zi bună cu mine! „Domnul asculta şi la început parcă voia să răspundă ceva, după ameninţarea de la urmă însă, păru foarte convins şi plecă supus capul ca un osândit..... Se scula apoi cu analiză; mânca cu analiză, se culca cu analiză..... însfârşit la urmă s'a învoit la tot felul de analize, numai să aibă linişte în casă. Şi când i se fac regulat analizele, madame este sănătoasă, veselă, şi mai frumoasă şi mai tânără ca tot-deauna, dar..... tot cicălitoare! Şi 'mi aduc aminte fără să vreau de vorbele profesorului meu, care zicea că aproape nu există femeie normală, că ori ce femeie trebuie să fi având puţină isterie, ori puţină neurastenie, ori puţin Basedow.

Să ne întoarcem însă la analizele de urină. Spuneam, că analizele acestea — aşa cum sunt făcute astăzi — nu au valoare (1) şi este păcat de munca şi vremea pierdută pentru aşa fel de lucru, pe când alte elemente diagnostice foarte importante sunt lăsate cu totul la o parte ori numai foarte rar făcute, precum este examenul sângelui, al sputei, al conţinutului stomacal. al fecalelor, determinarea presiunii intravasculare, etc.

Intru cât priveşte urina este de luat în seamă cantitatea în 24 oare, greutatea specifică, reacţiunea, dacă conţine albumină, glucoză, sânge şi natura sedimentului, acestea ajung de obiceiu; numai în cazuri speciale trebuie să cercetăm cantitativ în privinţa unei sau câtorva substanţe, dar atunci trebuie să luăm măsurile de control trebuincioase, adică să vedem cât introduce individul în organizm din substanţele ce voim a determina cantitativ în urină şi dacă acestea nu se elimină din organizm şi pe alte căi de cât prin urină.

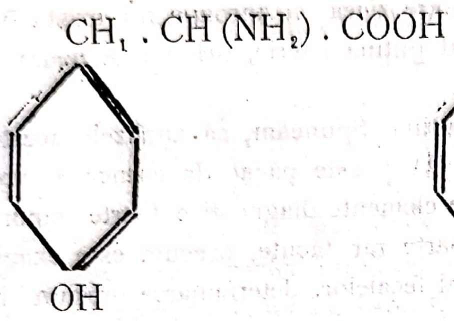
In cele mai multe analize de urină văd că analizatorul socoteşte substanţele dozate şi la litru şi în cantitatea totală de urină din 24 oare; socoteala la litru este o greşală sau cel puţin o osteneală de prisos. Cantitatea de urină din 24 oare este o cantitate arbitrară, care nu numai că variază în margini foarte îndepărtate în deosebite boale, dar chiar la omul sănătos este destul de variabilă. In mijlociu ştim că un individ matur elimină în 24 oare 1400—1500 cm.³ urină, dar aceasta nu 'i de cât o medie, căci precum a arătat Roger, curba cantitativă a urinei eliminate de acelaş individ într'o serie de zile consecutive deşi supus la exact aceiaşi alimentaţiune atât calitativ cât şi cantitativ, variază destul de mult făcând ondulaţiuni destul de însemnate (variază între un minimum de 1200 şi un maximum de 1900 cm.³). Aşa în cât este lesne de înţăles, că ne interesează în ce cantitate se află diferitele substanţe în timpul de 24 ore adică în cantitatea totală de urină, deci valorile absolute.

In lucrarea de faţă însă nu ne interesează decât numai productele de putrefacţiune resorbită din intestin şi eliminată prin urină şi chiar dintre acestea numai câte-va şi mai ales unul şi anume indoxilul.

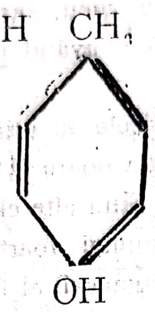
In intestin sub influenţa fermenţilor digestivi molecula de albumină se despică dând o sumă de acizi aminici, dintre care aici câţi-va ne interesează mai de aproape. Unul din aceştia este *tirozina* = acid panoxifenilamino-propionic, din care prin putrefacţiune se produce *paracresol* şi din acesta mai departe *fenol*, prin urmare fenolii îşi au obârşia în tirozină.

---

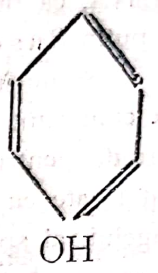
(1) N'au valoare chiar fiind exact făcute. Dar şi exactitatea aceasta poate fi pusă la îndoială. Dacă pentru unele dozări să ea cantitate foarte mică de urină şi dacă operaţiunile suut multiple, numeroase şi complicate, apoi căpătăm un rezultat greşit, care înmulţit apoi (spre a avea valoarea respectivă pentru 24 oare) greşala se înmulţeşte şi rezultatul este greşit în plus ori minus.



tirozină



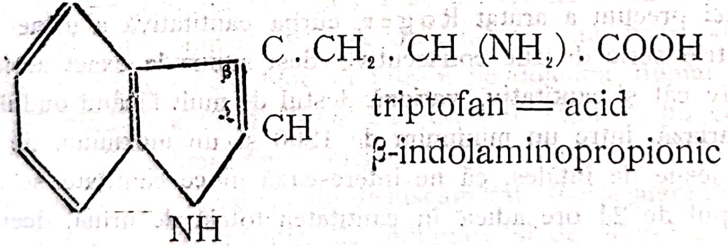
pe cresol



fenol

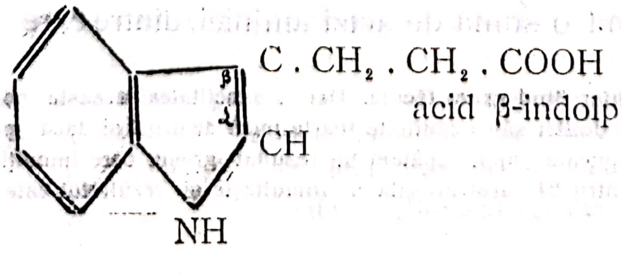
Un alt acid aminic foarte însemnat este triptofonul ($C_{11} H_{12} N_2 O_2$), asupra constituţiunei căruia însă se discută până de curând. Cei mai mulţi îl socotiau drept acid scatolaminoacetic.

Alţi autori însă, precum Hopkins şi Cole au căpătat din triptofan pur prin acţiunea bacteriilor indol, scatol, acid indolacetic şi acid indolpropionic, ceea-ce făcea nesigură constituţiunea chimică ce se atribuea triptofonului. In sfârşit Ellinger şi Flamand au putut sintetiza triptofonul şi dovedi că acesta este un acid indolaminopropionic.



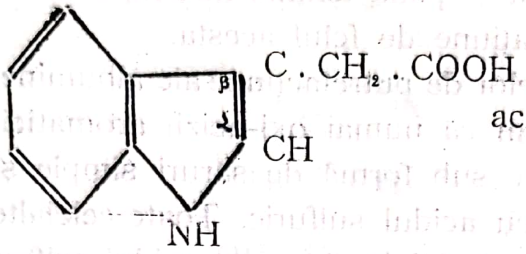
triptofan = acid β-indolaminopropionic

Potrivit constituţiunei acesteia a triptofonului ne lămurim mult mai natural fazele prin care acesta este despicat sub influenţa putrefacţiunii şi cum la urmă rezultă scatol, trecând prin produse intermediare a căror existenţă în intestin, unele chiar în urină, a fost bine hotărâtă. Ast-fel din triptofon rezultă în intestin mai întâi



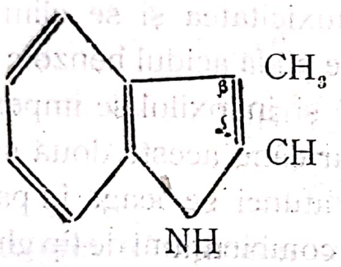
acid β-indolpropionic

din acesta mai departe



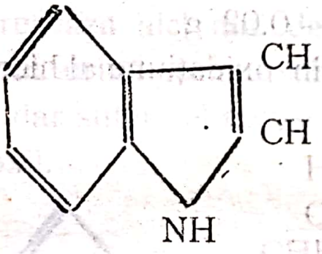
acid β-indolacetic

şi la urmă

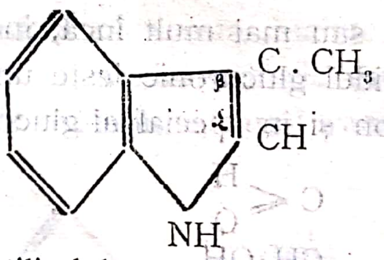


β-metilindol = scatol

Scatolul este omologul superior, derivatul monsmelitic al indolului; şi unul şi altul sunt substanţe cu proprietăţi bazice slabe.

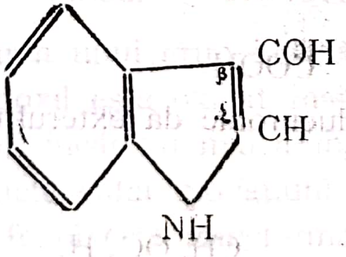


indol



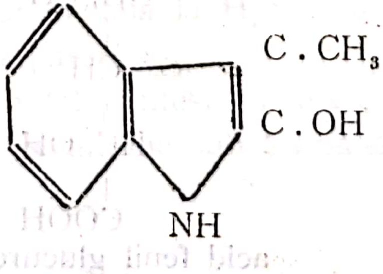
β metilindol = scantol

Aceste diferite producte derivate din triptofan se rezorb în parte şi — mai mult sau mai puţin alterate — se elimină prin urină. Până acum dintre ele s'a putut dovedi prezenţa în urină a acidului idolacetic (Salkowski) şi a idoxilului = β — oxiiadol.



Indoxil = β-oxiindol

Poate că şi pigmentul urinar, urorozeina, să fi fost tot un derivat al triptofonului. Scatolul însă, despre care se credea că se elimină prin urină sub formă de scatoxil —

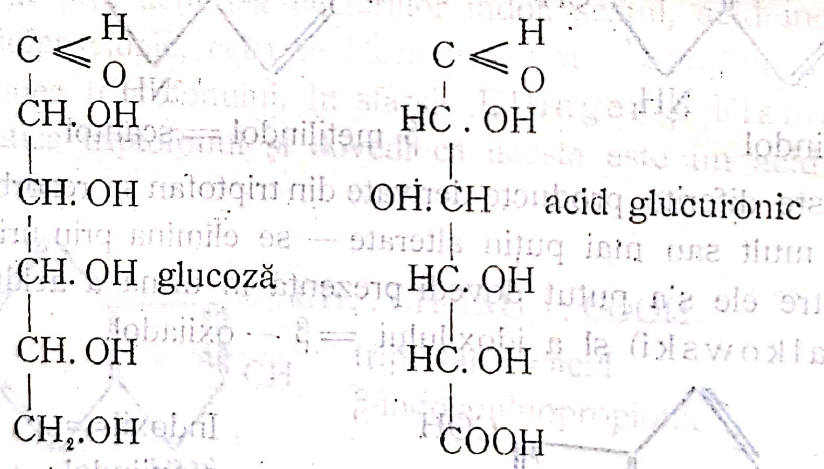


a fost pus foarte la îndoială și până acuma nu s'a putut caracteriza bine în urină vre-o combinațiune de felul acesta.

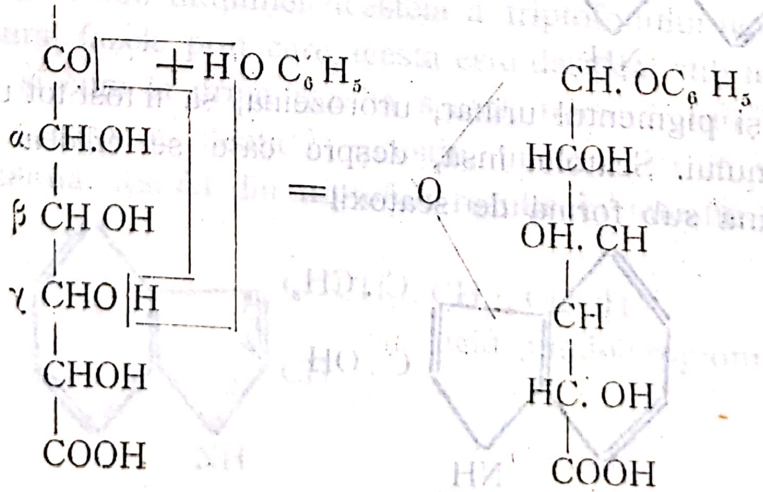
Privind totalitatea productelor de putrefacțiune ale albuminelor, care se resorb din intestin, vedem că numai oxi-acizii aromatici apar în urină în cea mai mare parte sub formă de săruri simple și numai în mică parte împerechiați cu acidul sulfuric. Toate celelalte însă se împerechiază în organism, probabil în ficat, cu acidul sulfuric ori cu cel glucuronic, prin aceasta își pierd toxicitatea și se elimină apoi prin urină ca combinațiuni duble; așa de pildă acidul benzoic se leagă cu glicocolul și dă acid hipuric, fenolii și indoxilul se împerechează cu acidul sulfuric dând esteri sulfurici, iar când aceste două substanțe din urmă se găsesc în cantitate mare, atunci se leagă în parte și cu acidul glucuronic dând esteri glucuronici, combinațiuni de tip glucosidic.

In mijlociu cantitatea de axiacizi aromatici eliminați de un om matur în 24 ore este de 0.02—0.03 g. și mai mult, fenoli 0.005—0.003 g. sau mai mult încă, indoxil 0.006—0.02 g.

Acidul glucuronic ieste un derivat prin oxidațiune al hidraților de carbon și în special al glucozei.

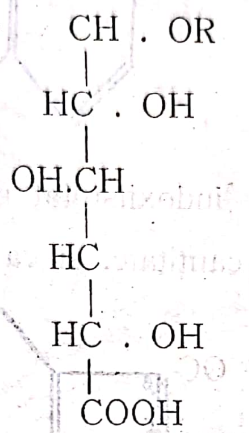

C ≤ H O
CH. OH
CH. OH
CH. OH
CH. OH
CH₂.OH
glucoză
C ≤ H O
HC . OH
OH. CH
HC. OH
HC. OH
COOH
acid glucuronic

Cu fenolul, de pildă, acidul glucuronic dă exterul următor:


H
CO
+ H O C₆ H₅
α CH.OH
β CH OH
γ CHO H
CHOH
COOH
=
O
CH. OC₆ H₅
HCOH
OH. CH
CH
HC. OH
COOH

acid fenil glucuronic

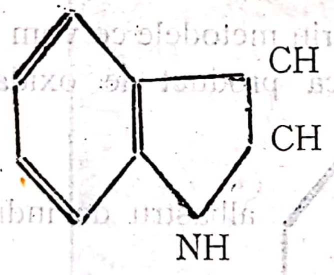
tot așa și cu cele-lalte substanțe; prin urmare combinațiuni de formula generală



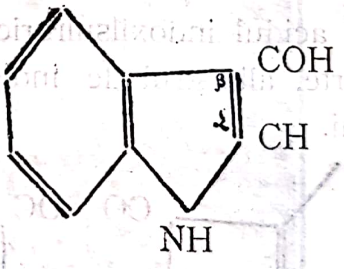
$$\begin{array}{l} CH\ .\ OR \\ | \\ HC\ .\ OH \\ | \\ OH.CH \\ | \\ HC \\ | \\ HC\ .\ OH \\ | \\ COOH \end{array}$$

(însemnând prin R radicalul substanței).

Urmărind soarta productelor de putrefacțiune rezorbită din intestin și luând în special indolul, care este și mai bine studiat și ne interesează aici mai deaproape, vedem că acesta înainte de a ajunge în urină nu numai că se leagă cu acidul sulfuric sau glucerinic, dar sufere el însuși un proces de oxidațiune, care-l transformă în indoxil.



indol

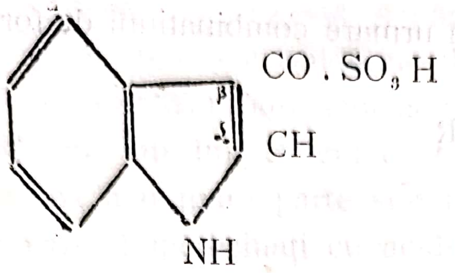


indoxil

prin adiționarea unui grup hidroxilic. Este însă foarte probabil că o parte din indoxil este oxidat mai departe în organizm și într'atâta metamorfozat, încât nu mai ajunge ca urină ca indoxil. De alt-fel și alte producte sufăr oxidațiuni ori alte transformări, așa de pildă o parte din fenol este transformat în hidrochinon și brenzcatechină, cari se unesc deasemenea cu acidul sulfuric și dau esteri.

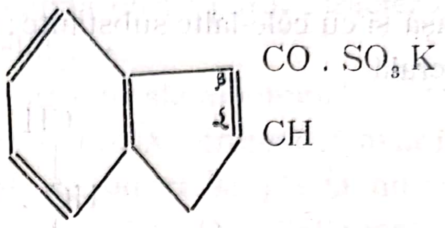
După cât se pare însă, molecula indoxilică se împărecheează cu sulful (din substanțele albuminoase probabil) mai înainte ca acesta să fi suferit oxidațiunea până la H_2SO_4 și procesul acesta din urmă are loc abia dupa împărechere.

Ori-cum ar fi indolul intestinal apare în urină ca ester sulfuric (acid-indoxilsulfuric) și anume sub forma de sare de K (indoxilsulfat monopotasic).



CO . SO$_3$ H
β
α
CH
NH

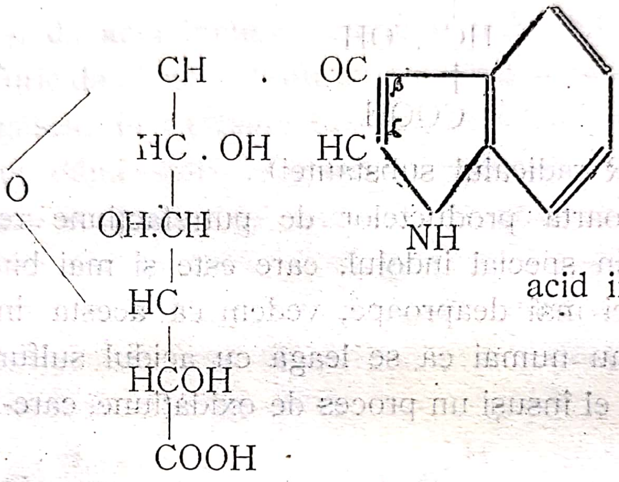
acid indoxilsulfuric



CO . SO$_3$ K
β
α
CH

indoxilsulfat monopotasic

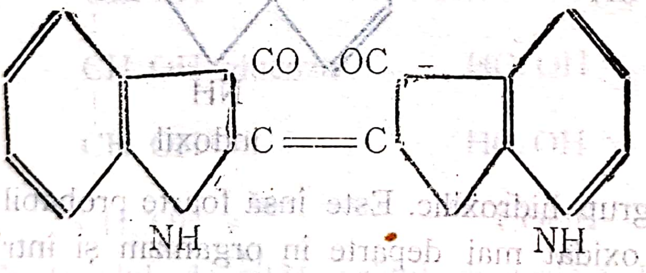
sau, când se găseşte în mare cantitate, şi ca



CH
OC
HC . OH
HC
β
α
O
OH.CH
NH
HC
HCOH
COOH

acid indoxilglucuronic

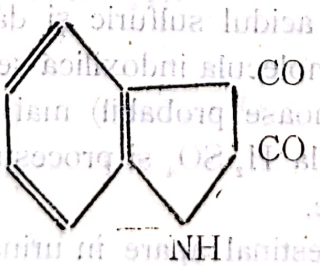
Din acidul indoxilsulfuric se naşte, prin metodele ce vom vedea mai departe, albastrul de indigo-urinar, ca product de oxidaţie al indoxilului.



CO
OC
C
C
NH
NH

albastru de indigo

şi prin oxidaţie mai departe molecula de albastru de indigo se despică în două molecule de izatină prin aceia că dubla legătură dintre cei doi atomi de C este saturată şi de o parte şi de altă cu oxigen.



izatină

Izatina este o substanţă solidă cristalizată de culoare roşie şi prin reducere poate suferi transformări treptate şi trece din nou în

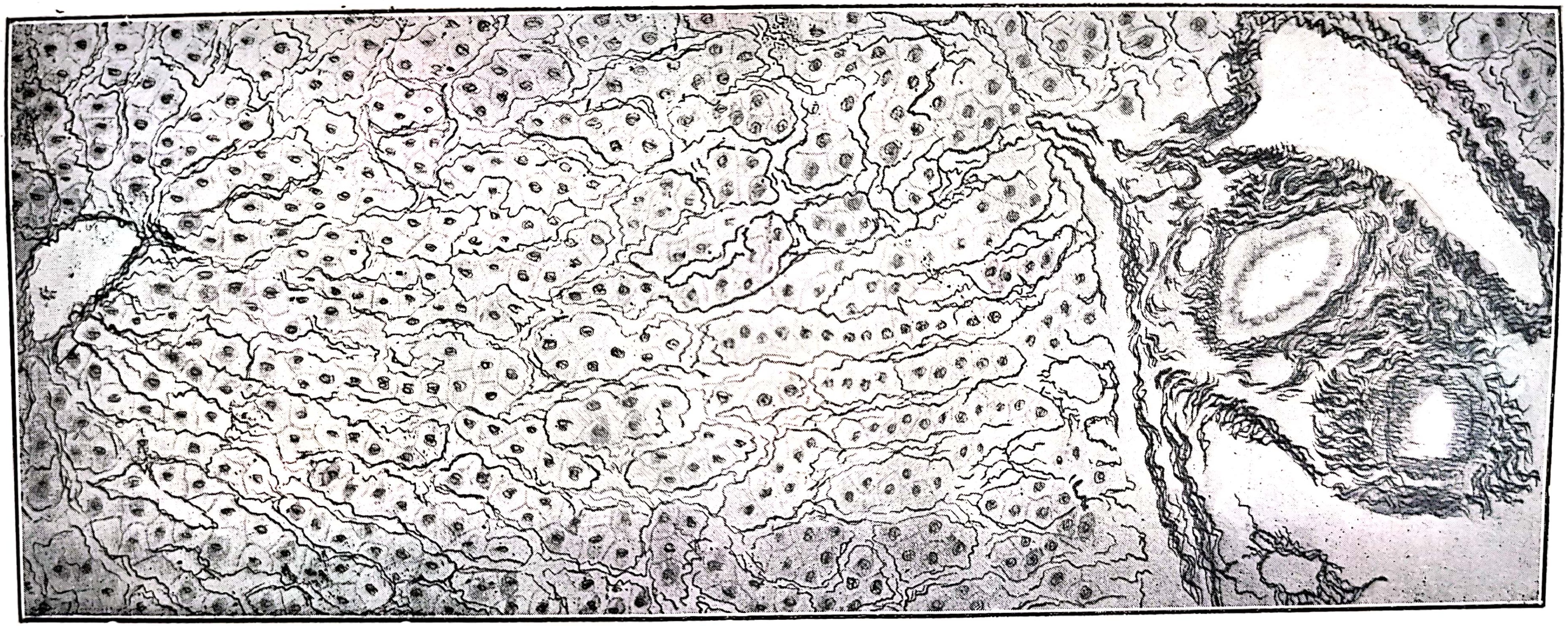


Fig. 1.
Fibrele conjunctive colorate procedeu Studnicka.

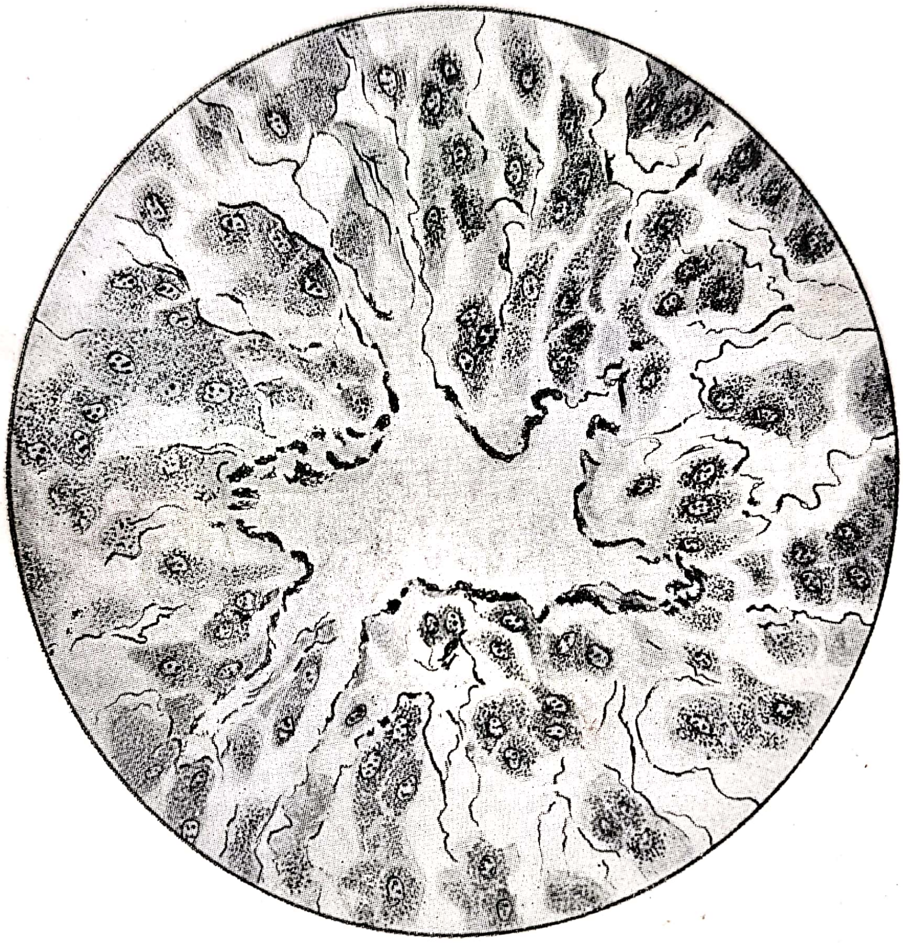
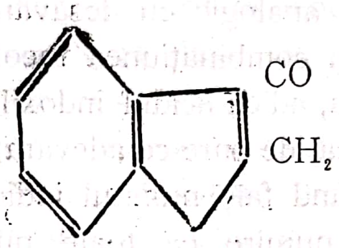


Fig. 2.
Fibrele conjunctive colorate cu procedeul Studnicka.

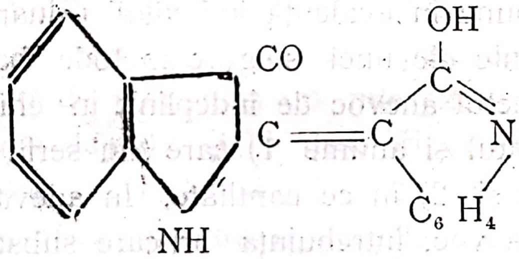
indol, avem deci o serie reversibilă, fie-care membru al seriei fiind produsul de oxidare al precedentului şi de reducere al următorului

oxidare
inodul — indoxil — albastru de indigo — izatină
reducere

Une-ori se găseşte indoxilul în urină şi sub forma tautomeră (pseudo-indoxil)



sub forma aceasta însă nu poate forma ester sulfuric, poate fi însă transformat în indisubină, un izomer al albastrului de indigo, cu următoarea constituţiune probabilă :



de culoare roşie.

Indigoul albastru din comerţ este albastru de indigo impur, conţine tot-deauna într'o oare-care proporţie roş de indigo, precum şi alte impurităţi.

Să ne oprim puţin însă asupra albastrului de indigo, spre a aminti câte-va din proprietăţile sale fundamentale de care vom avea nevoie mai departe.

Albastrul de indigo este o substanţă solidă, greu cristalizabilă, de culoare albastră închis cu reflexe metalice, prin sublimare dă cristale microscopice. Insolubil în apă şi aproape în toţi dizolvanţii aproape insolubil în alcol şi eter, puţin solubil în cloroform dând o soluţiune albastră, solubil în acid sulfuric concentrat dând acid indigosulfuric. Prin oxidare molecula de albastru de indigo se despică în două molecule de izatină.

Odinioară albastrul de indigo se extrăgea din diferite plante din genul Indigofera, care conţine mai ales în frunze un glucosid incolor numit indican. Acesta prin fermentaţiune se despică în două:

1) O substanţă de natura zahărului, indiglucină şi 2) prin diferite transformări apare albastrul de indigo. Astăzi albastrul de indigo se prepară aproape numai sintetic şi poate fi căpătat în stare de puritate absolută.

Albastru de indigo apare în urină din indoxil atunci când cu reactivi potriviţi hidratând combinaţiunea indoxilsulfurică o despicăm în componentele iei şi în acelaşi timp oxidăm indoxilul pus în libertate.

Printr'un soiu de analogie cu desăvârşire lipsită de rost s'a luat obiceiul de a numi combinaţiunea incoloră din urină din care rezultă indigoul albastru, adică acidul indoxilsulfuric, indican, numire cu totul lipsită de logică, de oare-ce adevăratul indican (din vegetale) este un glucosid, pe când fals numitul indican (din urină) este un ester. Dar şi această numire, ca toate numirile nepotrivite, este păstrată cu mare sfinţenie şi va ţine de sigur încă multă vreme. Nerecunoscând această numire, în lucrarea de faţă este vorba numai despre indoxil.

Pentru a pune în evidenţă indoxilul urinar avem mai multe procedeuri, variante ale unei singure metode bazate pe principiul de mai sus. Punctul anevoe de îndeplinit în chip cu totul mulţumitor este oxidantul şi anume 1) care din seria acestor substanţe este mai potrivit şi 2) în ce cantitate. In adevăr într'o reacţiune dată putem, după voe, întrebuinţa ori-care substanţă din aria oxidanţilor, atunci când voim a produce oxidaţiunea unei substanţe, ori chiar acţiunea lor întrunită asociindu-i, rezultatele însă nu-s aceleaşi, căci vom constata că pentru oxidaţiunea aceleaşi substanţe, unii oxidanţi se arată mijlocii ori răi, pe când altul sau alţii dau rezultate strălucite, prin urmare este legătură cu natura oxidantului. Indoxilul fiind o substanţă uşor oxidabilă, albastrul de indigo de asemenea va trebui să alegem un oxidant moderat, alt-fel are loc oxidaţiunea până la izatină şi avem pierderi de albastru de indigo, ceea-ce pentru determinările cantitative nu-i tot una. Pentru aceeaşi pricină nici cantitatea oxidantului nu-i indiferentă, alt-fel căpătăm produse de oxidaţiune prea îndepărtate

Mai înainte de a cerceta urina asupra indoxilului, aceasta trebue liberată de albumină, dacă conţine, precum şi dacă este prea concentrată şi întunecată la culoare şi mai ales dacă conţine pigmenţi biliari trebue îndepărtaţi şi aceştia. Albumina se îndepărteaza încălzind urina până la fierbere şi atunci o acidulăm foarte uşor cu acid acetic (10%). Pigmenţii îi îndepărtăm adăogând urinei puţin acetat de plumb, acesta precipită totdeodată și clorurile, fosfații și sulfații, măcar în parte. Odată ce apoi am extras albastrul de indigo cu cloroform, trebue să ne convingem că acesta nu conține cum-va iod, care ar putea proveni din iodurile eliminate; pentru acest scop adăogăm puțin dintr'o soluțiune de tiosulfat de sodiu sau un cristal (Frenkel), sau mai simplu (Hofmeister) puțin hidrat de Na. Dacă era iod, atunci colorațiunea albastră dispare, pe când din potrivă acea datorită indigoului albastru rămâne.

Procedeul cel mai vechiu și clasic este acel al lui Jaffé: se iau câți-va cm³ de urină într'o eprubetă, se adaogă o cantitate egală de acid clorhidric concentrat și apoi foarte puțin (1—2 picături) dintr'o soluțiune diluată (5°/₀) de clorură de var. Se scutură apoi bine, se adaogă 2—3 cm³ de cloroform, se răstoarnă eprubeta de câte-va ori și vedem că pe încetul cloroformul în albastru, în caz când urnia conținea indoxil. Albastrul de indigo bucurându-se de oare-care salubritate în cloroform, trece în întregime în acesta. Reacțiunea însă are loc încet, trebue așteptat puțin.

Două neajunsuri principale are acest procedeu: 1) cantitatea oxidantului este greu de potrivit și un mic exces poate oxida albastrul de indigo mai departe și 2) dese-ori apare o colorațiune violeîă, în loc de albastră, a lichidului întreg și în cloroform nu trece nimic. După părerea lui Rosin, această colorațiune se datorește roșului de indigo ori poate urorazeinei.

Obermayer a crezut că poate îndrepta procedeul lui Jaffé întrebuințând un singur reactiv în care oxidantul se găsește în proporțiunea potrivită și anume acid clorhidric concentrat + aproximativ 3°/₀₀ perclorură de fer (2—4°/₀₀); cu un singur reactiv este și mai comod de lucrat. Obermayer credea că perclorura de fer este de preferat, fiind-că aceasta oxidează indoxilul numai până la albastru de indigo și nu mai departe, ceea-ce însă, precum vom vedea mai la vale, nu-i adevărat. Procedeul se execută ast-fel: urina este mai întâi tratată cu puțin acetat de plumb și filtrată, apoi i se adaogă cantitate egală din reactiv, se scutură bine 1—2′ și după aceea se adaogă cloroform, etc.

Riegler (1) întrebuințează ca oxidant bioxidul de hidrogen în stare născândă, rezultat din acțiunea acidului clorhidric asupra bioxidului de barin. Se procedează ast-fel; la vre-o 10 cm.³ de urină se adaogă mai întâi 2—3 cm.^{3} de cloroform, apoi cam 0.05 g. bioxid de bariu (cât încape pe vârful unui cuţitaş mic) şi în sfârşit 10 cm.^{3} acid clorhidric concentrat, se scutură bine, după 10′ se scutură din nou; cloroformul care se depositează se colorează că albastru prin albastrul de indigo format.

---

(1) Riegler, E. (*Pharm. Centralhalte*, 1903).

Pentru determinarea cantitativă a indoxilului există mai multe metode, în toate indoxilul este dozat cu albastru de indigo. Unele se bazează pe titrimetrie (Bouma, Wang), altele pe colorimetrie (Strauss). Toate însă lasă de dorit în privinţa exactităţei. Metoda lui Strauss a fost mai mult întrebuinţată în clinică, fiind mai uşoară de executat.

Avem de asemenea pe de alta, metode spre a putea determina acidul sulfuric din esterii urinari.

* * *

Prin determinări cantitative, s'a găsit că un adult sănătos, eliminează în 24 ore prin urină, cantităţi de indoxil (calculat ca albastru de indigo) care variază între 0.006 şi 0.02 g.

Dacă în hrană cantitatea albuminelor creşte, atunci şi indoxilul urinar creşte, creşterea cantităţii de grăsime, are acelaşi efect. Nu numai indoxilul, dar şi esterii sulfurici din urină variază în acelaşi fel. Din potrivă hidraţii de carbon, laptele, kefirul, brânza, scad cantitatea indoxilului; Rubner a găsit că hrana exclusivă cu pâine face ca aceasta să dispară cu desăvârşire din urină. In stare de inaniţie nu numai că esterii nu scad, ci încă cresc, numai că, pe când la om creşte cantitatea fenolilor şi scade sau dispare indoxilul, la animale dimpotrivă (la câne), dispar fenolii şi creşte mult indoxilul; avem deci deosebiri individuale. Totuşi unii autori, deşi mai rar, au găsit că şi la om eliminarea indoxilului în inaniţie rămâne destul de sus une-ori. Fenomenele de putrefacţiune în intestin la inaniţie se fac de sigur pe socoteala secreţiunilor glandelor, care conţin albumine, a epiteliilor desfacute de pe mucoasa intestinală, a sângelui provenit din emoragiile intestinale, care apar la foame îndelungată. Probabil însă, că condiţiunile în intestin variază, flora bacteriană de asemenea şi bacterii diferite, dau producte de putrefacţiune diferite. Baumann susţinea că prin desinfectarea intestinului cu calomel ar dispărea indoxilul din urină. Pe lângă însă că desinfectarea intestinului este o chestiune încă nelămurită, ne putem explica dispariţia indoxilului în alt chip: calomelul provoacă peristaltizm exagerat al intestinului şi atunci, acesta se deşartă repede de conţinutul său, prin aceasta însă procesele de putrefacţiune nu mai pot avea loc, sau numai într'o măsură foarte mică, pe de altă parte peristaltismul mărit, nu mai permite resorbţia intestinală ca în stare normală.

Trecând acum la stările patologice constatăm, că indoxilul apare adesea în cantitate mărită, putând să se găsească înzecit de mult, ori chiar mai mult încă, de cât în stare normală. Jaffé, a arătat că acest lucru are loc numai când procesul patologic se petrece în intestinul subţire şi-l închide, ceia-ce îngreue mersul materiilor intestinale şi atunci procesele de putrefacţiune se petrec în linişte şi în măsură neobişnuit de mare. Dimpotrivă, obstrucţiunea intestinului gros nu dă acelaşi rezultat, căci până să ajungă conţinutul intestinului subţire în cel gros, albuminele şi acizii aminici s'au resorbit. Când cu toate acestea, la un proces de obstrucţiune a intestinului gros, apare mult indoxil în urină (indoxilurie), aceasta este semn că staza materiilor intestinale a avut răsunet până departe şi anume până în intestinul subţire. Jaffé (1) demonstrase aceasta experimental la animale: legătura intestinului gros nu dă indoxilurie, a celui subţire însă da. Acest fapt ar explica de ce la acele boale la care peristaltismul intestinului scade la minimum, ca de pildă la peritonite acute, apendicite, ori la care conţinutul intestinului subţire este nevoit să stagneze multă vreme, ca la ileus de pildă, apare foarte mult indoxil în urină.

Unii autori, de pildă Ad. Schmidt, susţin că în stare normală procesele de putrefacţiune ale albuminelor, nu au loc de cât numai în intestinul gros, cu deosebire în cœcum şi colon ascendent, iar în intestinul subţire numai în cazuri patologice; Jaffé, Nenexi, Baumann, Ewald, n'au găsit producte de putrefacţiune, în conţinutul intestinului subţire în cazuri de fistule ale acestuia, nici Nutall şi Thierfelder, la animale crescute şi hrănite riguros steril nu au găsit alt-ceva de cât oxiacizi aromatici (2). Pe de altă parte, ştim că în intestinul gros nu mai ajung albumine şi acizi aminici, căci se resorb în lungul traiect al intestinului subţire, în cât nu mai rămâne, sau numai foarte puţin, material care să cadă pradă putrefacţiunii. De ce se deosibeşte în această privinţă intestinul subţire de cel gros? Chestiunea aceasta nu-i încă lămurită.

---

(1) Jaffé, Ueber den Ursprung des Indikans im Harn (*Centralbl. f. d. Med. Wiss.* 1872).

—, Ueber die Enstehung des Indigos im Thierkörper (ibidem 1875).

—, Ueber die Ausscheidung des Indikans unter physiol. u. pathol. Verh. (*Virchow's Archiv.* 79, 1877).

(2) Aceştia apar şi în afară de procesele de putrefacţiune.

S'a găsit indoxilurie la morbili, erizipel, scarlatină Senator(1) a studiat eliminarea indoxilului la o sumă de boale: tuberculoză pulmonară înaintată, cloroză, diferite anemii între care şi anemia pernicioasă, leucemie, pseudoleucemie, tabes, ulcer şi carcinom stomacal, inaniţie; boala lui Addison. La anemiile secundare indoxiluria apare neregulat, la anemia pernicioasă însă des.

La carcinom hepatic, la supuraţiuni întinse apar de asemenea indoxilurie. La anemia pricinuită de batriocefal Eckert a găsit indoxilurie, care a încetat după ex ulzarea vermelui.

La icter Fr. Müller nu a constatat indoxilurie. In general suprimarea bilei din intestin nu are acţiune directă asupra proceselor de putrefacţiune, ci numai o acţiune indirectă prin aceia că grăsimile nefiind atacate, rămân şi învelesc alimentele într'o pătură mai mult sau mai puţin impermeabilă şi prin aceasta dau vreme bacteriilor să le descompună.

Brieger susţine că în boalele intestinului subţire, se formează mult indol, iar la acele ale intestinului gros mult scatol.

Să nu trecem cu vederea, că obârşia productelor de putrefacţiune (indol, scatol, fenoli) poate fi şi extraintestinală şi anume în focare patologice unde au loc procese putrede, ca de pildă în empieme putride, gangrenă pulmonară, bronchectazie, tumori ulcerate, etc.

In sfârşit, în cazuri foarte rare s'a văzut apărând de-adreptul albastru de indigo, fie în urină ca sediment, fie în căile urinare sub formă de calcul. Alte-ori în urină se formează din indoxil, pe lângă indigo şi un izomer al acestuia, indirubină.

* * *

Chestiunea oxidantului potrivit pentru indoxil a fost rezolvită în chipul cel mai satisfăcător de către Salkowsky (2), care întrebuinţează sulfatul de cupru în chipul următor: la vre-o 8—10 cm.³ de urină se adaogă apoi un volum egal de acid clorhidric de greutatea specifică 1,19 de sulfat de cupru, aproximativ 1 cm.³ din soluţia obicinuită 10% şi în sfârşit, câţi-va cm.³ de cloroform; se amestecă de câte-va ori prin răsturnare și cloroformul, care se depune la fund, se colorează în albastru. **Salkowsky** arată că sulfatul de cupru are marele avantaj asupra clorurei de var, că nici chiar în exces nu strică. Nici reactivul lui **Obermayer** nu-i fără cusur, de oare-ce **Ellinger** a arătat că provoacă tot-deauna formare de izatină din indoxil, așa în cât sunt tot-deauna pierderi de albastru de indigo, care în adevăr sunt în parte, însă necomplect, compensate de roșul de indigo.

---

(1) Ueber Indikan — und Kalkausscheidung (*Centralblatt. f. d. Med. Wiss.* 1877).

(2) Salkowsky, E., Physiologisch-chemische Notizen (*Hoppe-Seyler's Zeitschrift f. physiol. Chemie Bd.* 58, 1908).

Salkowsky a studiat eliminarea indoxilului urinar la iepuri hrăniți numai cu varză, dânduli-se atât de mult cât puteau să mănânce. Urina lor însă nu dădea nici cu reactivul lui **Obermayer**, nici cu sulfatul de cupru + HCl reacțiune pozitivă asupra indoxilului. Evaporând însă urina din 24 ore până la uscare, extrăgând rămășița cu alcool, evaporând alcoolul și disolvind rămășița în 25 cm.^{3} apoi, a găsit că luând 2,5 cm.^{3}, adică o cantitate corespunzătoare la a zecea parte din urina totală, căpăta reacțiune puternic pozitivă atât cu **Obermayer** cât și cu sulfat de cupru + HCl. **Salkowsky** încheie arătând că ar fi de cercetat mai de-aproape acest procedeu nou pentru determinarea cantitativă a indoxilului urinar din două puncte de vedere: *a)* dacă urina poate fi întrebuințată și de-adreptul, prin urmare fără evaporare prealabilă, după simplă precipitare cu acetat sau subacetat de plumb, *b)* dacă nu ar fi bine de înlocuit reactivul lui **Obermayer** prin $Cu\ SO_4 + HCl$.

Această îndoită problemă a fost studiată de colegul meu dr. T. **Imabuchi** din Fukuoka (Japonia) sub inspirația și conducerea lui **Salkowsky** în laboratorul acestuia de chimie fiziologică din institutul patologic al spitalului Charité-Berlin. **Imabuchi** a putut înjgheba un procedeu de determinarea cantitativă a indoxilului, care după cercetările sale de control, este cel mai exact din câte avem până astă-zi și poate fi foarte bine executat în laboratorul unei clinici.

Urina poate fi întrebuințată deadreptul, după ce este însă precipitată mai întâi cu acetat de plumb. Pentru aceasta se pipetează exact 100 cm^3 din urina de 24 de ore; se adaogă 10 cm^3 dintr'o soluție de 10°/$_0$ de acetat de plumb (apare cu precipitat alb voluminos), se filtrează, filtrul este spălat cu puțină apă destilată și anume cu atâta în cât filtrul + apa de spălare să facă împreună exact 100 cm^3. După amestecare jupetăm exact 50 cm^3, care se toarnă într'o pâlnie de separare (cu robinet), de o capacitate cam 300—400 cm^3. Se adaogă apoi 1—1,5 cm^3 sulfat de cupru 10°/$_0$, apoi 50 cm^3 acid clorhidric concentrat (densitatea = 1,19), se amestecă bine și lichidul ea o coloare albastră sau albastră-verzuie, temperatura lui se ridică totdeodată. Se adaogă apoi aproximativ 30 cm^3 cloroform (1), se amestecă bine câte-va minute ferindu-ne însă de a scutura tare, căci atunci lichidul ar face cu cloroformul o emulsiune inseparabilă ori cel puțin foarte greu separabilă.

După ce cloroformul s'a depozitat bine la fund, îl trecem într'o altă pâlnie despărțitoare. Repetăm adăogirea de cloroform, la fiecare dată cam câte 30 cm^3, până ce aceasta nu se mai colorează albastru, aceasta se întâmplă de obiceiu după repetarea de 3 ori în total a operațiunei descrise și pentru aceasta ajung aproximativ 100 cm^3 cloroform. Toate extractele cloroformice sânt adunate într'aceiași pâlnie despărțitoare și sânt lăsați să stea vre-o 5—10′ pentru ca puținele picături de apă ce au putut trece — aceasta se întâmplă totdeauna cu toată grijea — să adereze bine la pereții pâlniei. Extractul cloroformic este apoi filtrat foarte încet printr'un filtru uscat mic într'un balon de vre-o 400—500 cm^3 capacitate; spălăm pâlnia și filtrul cu puțin cloroform încă spre a lua urmele de albastru rămase. Balonul este așezat pe o bae marină și adaptat la un mic aparat de destilare și lăsăm să distileze cloroformul până ce balonul rămâne uscat, după aceea balonul deschis mai este lăsat pe baia marină vre-o 5′ pentru ca să se evaporeze și ultimele urme de cloroform precum și alte substanțe volatile ce va fi extras cloroformul. La fundul balonului rămâne un depozit bun bine adrent. Acest depozit este spălat apoi de 5—6 ori cu câte puțină apă destilată clocotită, până ce apa de spălare rămâne cu desăvârșire limpede și ori-ce miros aromatic dispare.

Trebue să luăm numai seama ca să turnăm apa în balon cu precațiune ținând balonul înclinat și să nu-l scuturăm, înclinăm binișor balonul în diferite direcțiuni și de repetate ori, așa în cât, apa să vină în contact cu tot depozitul. Spălând din potrivă cu violență avem pierderi de albastru de indigo, făcând spălarea cum a fost descrisă mai sus evită ori-ce pierdere; acest punct a fost controlat riguros.

Apele de spălare sânt aruncate. Apoi se adaogă 10 cm^3 acid sulfuric concentrat în care depozitul se dizolvă comunicându-i o coloare brun-verzie, se amestecă bine și se ține pe baia marină 10′, pentru ca să se dizolve bine și reacțiunea să aibă loc complect. Se naște acid indigodisulfonic și lichidul devine verde. Se adaogă apoi cu precauțiune în porțiuni mici și scuturând la fie-care dată 100 cm^3 apă destilată, în balon are loc o reacțiune vie, lichidul devine albastru. E lăsat pe baie marină 5—10′ și apoi filtrat cu o soluțiune $\frac{n}{400}$ de permanganat de K. Sfârșitul titrări este arătat prin aceia că lichidul devine galben pierzând ori ce nuanță albastră ori verzuie (albastrul de indigo este transformat în izatină).

---

(1) Pentru a avea rezultate exacte este bine să nu se aștepte mai mult de 10′ până ce se începe extracțiunea cu cloroform.

Calculul se face apoi știind că 1 cm^3 $\frac{n}{400}$ permanganat de K corespunde la 0.165 mg albastru de indigo. Ținem seamă că am luat 50 $cm.^3$ urină și calculăm apoi pentru urina din 24 oare înmulțind cantitatea de indigo găsită în 50 cm^3 cu cantitatea totală a urinei și împărțind rezultatul prin 50.

Cloroformul destilat poate servi din nou, nu mai trebuie să'l agităm cu o soluțiune de Na OH pentru a'l libera de HCl.

* * *

Cu ajutorul acestei metode am studiat împreună cu Iamanucki eliminarea indoxilului. Studiul a fost făcut asupra unuia din noi, la care descoperi sau că elimină de obiceiu cantități destul de mari de indoxil, de și este cu desăvârșire sănătos.

Ne-am zis, că de oare ce indoxilul este unul din productele rezultate prin putrefacțiunea albuminelor și a acizilor aminici, să cercetăm eliminarea paralelă a indoxilului și a azotului total urinar, care exprimă oare cum albuminele, și să vedem dacă nu este cumva vre-o legătură.

Individul a fost supus de repetate ori și la diferite intervale câte 3 zile înșir la o alimentațiune anumită (mixta, numai alimente ternare, numai alimente quaternare), cantitatea hranei era lăsată la voie. Perioadele erau de câte 3 zile pentru fie-care regim, spre a fi siguri că conținutul intestinal precedent este eliminat cu totul. In chipul acesta am făcut multe serii de încercări, în tabela ce urmează am dat valorile mijlocii căpătate.

Cantitatea de lichid introdus în organizm în fie-care periodă de 24 de oare a fost totdeauna riguros a ceiași, urina a fost strânsă complect cu cea mai mare grijă.

Raportul $\frac{N}{I}$ este făcut luând valorile absolute respective.

Alimentațiune	Cantitatea de urină din 24 oare	Greutatea ei specifică	Reacțiune Sediment	No. total urinar în 24 ore (N)	Indoxil 24 ore (calculat cu albastru de indigo (I)	Valoarea raportului $\frac{N}{I}$ (între valorile absolute)	Maximum de variație al acestor raporturi
1. Mixtă	2,270	1,015	reacțiune pronunțat acidă, sediment de cerat acid de sodiu	11,122 g.	26,22 mg.	0,42	$\begin{array}{r}0.50\\ -\ 0.42\\ \hline 0.08 =\end{array}$ $= \frac{1}{12}$
2. Albumine (carne, ouă, brânză) . .	2,310	1,016	reacțiune foarte pronunțat acidă, sediment bogat de urat acid de sodiu	14,068 g.	28,59 mg.	0,49	
3. Hidrați de carbon (legume, fructe, pâne, bere) . .	2,300	1,011	reacțiune neutră sediment lipsește cu desăvârșire	6,119 g.	12,28 mg.	0,50	

Individ de 27 ani, sănătos, 58 kg. regulat două scaune pe zi, urina nu conține cilindriori celule, tensiunea sanghină normală.

Cercetând datele tabelei vedem că în ce priveşte cantitatea urinei eliminate valorile sunt cam aceleaşi şi corespund la cantitatea constantă de lichid luată.

Greutatea specifică a urinei scade la regimul ternar.

Aciditatea creşte la regimul de albumine, tinde spre zero la cel cu hidraţi de carbon.

Sedimentul de urat acid de sodiu, care apare după ce urina stă câte-va vreme, destul de abundent la hrana mixtă, creşte încă mult la alimentaţia cu albumine (care conţine de altfel şi multe nucleine) scade şi dispare cu totul la alimentaţia cu hidraţi de carbon.

Cantitatea de N total urinar, care reprezintă albuminele, destul de mare la alimentaţia mixtă, creşte încă simţitor la regim exclúziv de albumine, cum dealtfel este şi firescă. Din potriv regimul de hidraţi de carbon reduce N total la aproape jumătate de cât era în stare normală; cu alimentaţia mixtă, se opreşte însă la un minimum de la care nu mai scade în jos.

Tot aşa indoxilul, destul de abundent de obiceiu la individul luat în stúdiu, creşte încă la alimentaţiunea albuminoasă şi scade mult la cea ternară.

N şi I variază tot-deauna în aceiaşi direcţiune, la o creştere a lui N corespunde o creştere a lui I şi invers. Ba mai mult încă, acesta nu-i un paralelizm vag ori neregulat, ci făcând raportul $\frac{N}{I}$, între valorile lor absolute, găsim că se păstrează proporţionalitatea în variaţiune, căci vedem că valoarea acestui raport oscilează între un maximum de 0.5 şi un minimum de 0.42, a căror diferenţă $0.08 = {}^{1}/_{12}$ este prea mică spre a fi luată în seamă şi poate foarte bine intra în limitele de greşeli ale metodelor întrebuinţate.

Acestea sunt rezultatele studiului unui *singur* individ sănătos. De ce anume acest individ are constant prea mult indoxil n'am putut pricepe, căci nu se poate găsi nimic anormal, unii bănuesc că intestinul suaţire ar fi mai lung de cât de obiceiu; lucrul rămâne de o cam dată nelămurit.

Se înţelege că înainte de a face vre-o generalizare, ar trebui studiaţi o sumă de indivizi sănătoşi, pentru a trece apoi la diferitele stări patologice.

Prin urmare punctul de vedere şi rezultatele sunt următoarele: dai o problemă de deslegat unui organism sănătos şi anume: o alimentaţiune anumită, indiferent în ce cantitate, numai lichidul în cantitate constantă, spre a nu influenţa în chip mecanic eliminările. Procedând ast-fel pentru indoxil şi albumine, s'a văzut că există o proporţionalitate între ele.

Incă un cuvânt înaite de a sfârşi. Va putea zice cine-va: dar par'că tot d-ta erai acela, care cu câte-va pagini în urmă te sileai să arăţi lipsa ori-cărei valori în ce priveşte analizele de urină şi apoi ca urmare logică ale celor spuse vii şi prezinţi cercetări cari nu-s de cât analize de urină; cum se împacă toate acestea?

Această obiecţiune însă nu-mi face nici o piedică, fiind-că bate alături; punctul meu de vedere a fost şi este, că analizele de urină obicinuite, în cari fără scrupule sunt dozate toate substanţele, sunt pierdere de vreme şi de muncă; din potrivă în urină este de nevoe a câuta câte-va elemente într'un caz dat şi înconjurându-ne de precauţiuni. In studiul ce am făcut asupra eliminărei prealabile a indoxilului şi azotului total urinar, nu am studiat de cât acestea, precum şi câte-va alte elemente în legătură cu acestea ori de însemnătate generală, (greutatea specifică, sediment etc.), punctul nou de vedere a fost că am căutat o legătură între eliminarea indoxilului şi al azotului total prin urină. Recunosc bucuros că ar fi mult mai bine, dacă am doza exact azotul total introdus în organism.

Dr. S. BESNEA

Fibrele conjunctive din lobulul ficatului

Existența țesutului conjunctiv în interiorul lobulului ficatului a fost admisă de unii și negată de cei mai mulți autori.

Tocmai această nelămurire m'a făcut și pe mîne să fac cercetări, cât se poate mai de aproape, întrebuințând procedeele cele mai noi și după o muncă destul de serioasă, cred că am ajuns să mă conving de prezența elementului conjunctiv în lobulul ficatului.

Mai înainte de a face descrierea preparatelor mele, cred nemerit de a reda pe scurt, ceea ce au publicat alți autori.

Cel dintâi care a scris e Wagner, care în anul 1861 a afirmat. că există celule conjunctive în interiorul lobulului ficatului. Engel Reimers, Köllicker și Förster sunt de aceeași părere. Tot în timpul acela Henle nu admitea existența celulelor conjunctive în lobul, însă căuta să demonstreze, că capilarele radiate sunt însoțite în drumul lor de filamente conjunctive foarte fine.

Hering, într'un ficat sănătos de la un câine adult, a observat că țesutul conjunctiv interlobular trimete numai câte-va fibre conjunctive subțiri, în porțiunea marginală, cari se împrăștie ca niște fire omogene subțiri și care leagă capilarele radiate, ca într'o dantelă, dar în ochiurile acestora nu se văd de loc nuclei ai celulelor conjunctive.

După Disse capilarele radiate ar fi înconjurate fie-care de o teacă pericapilară, iar celulele conjunctive sau celulele stelate ar fi aplicate pe fața externă a tecei pericapilare. In această teacă pericapilară el ar vedea origina limfaticelor; ori azi se știe, că nu există vas limfatic fără endoteliu.

In anul 1891 Albert Oppel a dat la lumină un studiu, pe care l'a făcut asupra structurei ficatului, cu ajutorul nitratului de argint. A întrebuinţat procedeul Golgi. In această lucrare el ne arată, că alţi autori au făcut cunoscut prin diferite procedee, existenţa unor reţele de fibre, cari înconjur vasele capilare; dar în privinţa naturii lor nici un autor nu a putut să ne dea lămuriri sigure. Ţesutului conjunctiv interlobular Oppel nu-i da numirea de fibre în formă de grilaj, căci acest ţesut nu a putut să-l coloreze cu nitrat. Această numire o rezervă fibrelor din interiorul lobulului.

El a observat în interiorul lobulului 2 feluri de fibre: unele groase care au o direcţiune dreaptă sau puţin ondulată şi le numeşte fibre radiate. Printre acestea a observat alte fibre subţiri, cari formează ca o reţea deasă şi ar înconjura vasele capilare.

Acestora le-a dat numirea de fibrile în grilaj (Gitterfasern).

Moise Frenkel în 1892 a reluat studiul structurei ficatului şi a găsit o dantelă fină intra-lobulară şi celule stelate, cari formau o teacă capilarelor radiate. Rezultatele acestea le-a dobândit pe secţiuni de ficat, cari au fost fixate în licuoarea lui Müller şi în urmă agitate până ce au căzut celulele epatice, rămânând numai dantela intra-lobulară.

Kupfer în primul său memoriu a stabilit că celulele lui stau într'o strânsă legătură cu capilarele, înconjoară vasul, formând cu ajutorul prelungirilor lor un fel de reţea, iar unele din prelungiri pătrundeau printre celulele epatice până la capilarele biliare

Tot în acest memoriu arată. că a văzut fibre fine, fără nucleu în interiorul lobului, care 'şi iau naştere din vena intralobulară, străbat lobul, se ramifică în cea mai mare fineţă, infăşurând capilarele venei porte.

După Renaut ar exista elemente conjunctive numai împrejurul lobulului şi a venei centrale şi că ar lipsi cu totul în partea coprinsă între centru şi periferie.

Pe secţiunile din ficatul de epure, câine, şoarece, fixate cu acid osmic, a observat că nu există între pereţii capilarelor şi cordoanele celulare nimic interpus. Capilarele radiate ar face corp cu suprafaţa cordoanelor epatice. Celulele epatice în contact cu capilarele sunt dublate de un simplu lizereu protoplasmic, care corespunde pereţilor capilarului conrespunzător.

Nici o disociaţie nu poate izola această lamă granuloasă de celulele epatice la care aderă. Celulele epatice izolate iau cu ele o parte din peretele protoplasmic al vasului sanghin.

Renaut şi Ranvier sunt de acord în a crede, că ţesutul conjunctiv, care pretutindeni în alte locuri urmează pe cele mai fine vase, aci nu penetrează în lobul și încetează acolo unde încep cordoanele de celule epatice, separate unele de altele prin capilare radiate. După acești autori se găsesc fascicule de țesut conjunctiv lax împrejurul venei centrale, mai ales dirijate în sens longitudinal, încetează brusc de a mai exista la o mică distanță de vas. Nu se vede că ar trimete fascicule în grosimea parenchimului lobular.

Văzând aceste cercetări și descrieri, cari de cari mai amănunțite și în acelaşi timp cu concluzii opuse unora altora, m'am gândit la următorul fapt:

Țesutul conjunctiv și sângele 'și au origina embrionară în acelaşi țesut și de aci am dedus, că și în ficat trebue ca capilarele sanghine să fie înconjurate de elementele conjunctive, de care nu e despărțit nici chiar la embrion.

Dacă ne gândim puțin la studiul embriologiei vedem că: țesutul conjunctiv e primul țesut mucos, care apare între cele două prime membrane și căreia i s'a dat numele de mesenchim. Acest țesut mesenchimatos, grație celulelor sale ameboide, pătrunde între toate celel'alte celule epiteliale, formate mai înainte.

Această dispoziție a fost descrisă de Remak, Kölliker etc. Wenkebach zice că celulele conjunctive embrionare se mişcă în embrion ca și celulele migratorii

In privința formărei primelor vase s'au emis părerile cele mai contradictorii. Unii au zis că spațiurile vasculare se formează în pierderea lacunelor, rămase libere între foițele germinative când se forma mesenchimul. Aceste spațiuri se înconjoară de celulele mesenchimatoase, cari se dispun ca să formeze endoteliu.

Ziegler susține că vasele se formează în mesenchim, iar elementele figurate ale sângelui nasc prin proliferațiunea celulelor mesenchimatoase. Vasele sanghine sunt cavități, cari se formează în mesenchim, între celulele acestui țesut.

Toate opiniunile sunt de acord asupra unui punct: că există o conexiune genezică între substanța conjunctivă și sânge; cel din urmă e un produs de transformațiune a mesenchimului.

De aci tragem concluzia, că ambele feluri de elemente fac parte din aceiași familie și se nasc din acelaș loc, ele vor fi deci tot-deauna împreună: țesut conjunctiv și vase.

Ficatul este o glandă remaniată, prin urmare între celulele lui se află vase și țesut conjunctiv.

Acest fapt se confirmă examinând un ficat în momentul desvoltărei. Atunci se vede cum primele celule endodermice a diverticulului duodenal pătrund între elementele conjunctive embrionare ale mesenterului ventral şi imediat în acelaşi timp ajung şi ramificaţiile vasculare a venei omfalomesenterice formând o reţea dispusă în spaţiurile libere dintre reţelele celulelor epatice.

Aceste consideraţiuni sunt punctul de plecare în studiul ce l'am făcut.

Technica punerii în evidenţă a ţesutului conjunctiv, s'a îmbogăţit mult în ultimele timpuri:

Procedeele cu nitrat argint s'au perfecţionat iar F. Curtis, profesor de anatomie patologică la universitatea din Lille, a dat la lumină o lucrare publicată în Archives de Médicine, experimentale din anul 1905, în care ne pune la îndemână o mulţime de reactivi demonstrativi ai ţesutului conjunctiv.

Am întrebuinţat mai toate procedeele cunoscute şi rezultatele la care am ajuns, le voi comunica treptat în această lucrare.

Am căutat să fiu cât se poate mai clar, lucrând pe ficatul diferitelor animale, om adult şi copil, şoarece, câine, porc şi pasări.

Primul procedeu pe care l'am întrebuinţat e al lui Studnicka. Iată în ce constă acest procedeu:

Bucăţi mici de ficat le-am fixat în licoarea lui Zencker, le-am incluzionat unele în parafină şi altele în celoidină. Secţiunile le-am spălat în apă destilată şi apoi le-am trecut într'o soluţie de nitrat de argint 3 grame, apă destilată 100 grame. Aci au stat 3—4 zile. După acest interval de timp, le-am spălat puţin în apă destilată şi le-am trecut într'un amestec, de nitrat de argint amoniacal.

Acest amestec se prepară după datele lui Max Wolff: la o soluţie de nitrat de argint 10°/₀ se adaogă picătură cu picătură din o soluţie de sodă 40°/₀, atât timp până când se formează un precipitat. După adăogarea picăturilor vasul trebue să se clatine cu îngrijire, ast-fel în cât ultimele picături să producă un depozit slab. Acest depozit se solvă cu amoniac. Dintr'o soluţie oficinală de amoniac 10°/₀ se pune picătură cu picătură, se agită vasul până ce s'a disolvit tot precipitatul.

Lichidul clar, uşor gălbui se filtrează. Secţiunile, cari erau albe sau uşor gălbui, când le-am scos din nitrat de argint, le cufundăm în această soluţie. Aci iau o nuanţă galben brună. Imediat ce am obţinut această coloraţiune, spălăm secţiunile puţin în apă şi le trecem în o soluţie Formol 10°/₀. Secţiunile devin aci imediat brun închise.

Le spălăm din nou în apă şi le trecem pentru 5 minute în o soluţie de clorur aur 0,50 ctgr. la sută, unde culoarea lor se schimbă în cenuşiu, până chiar devin negre. Se spală bine şi le trecem în Hyposulfit de sodă 5°/₀, pentru câte-va secunde, unde devin transparente. Se spală mult în apă curgătoare. Le-am colorat pe unele cu eosină, iar pe altele cu orange, le-am desidratat cu alcool absolut, clarificat cu xilol, şi montat în balsam de canada.

Acest procedeu are preponderenţă asupra celorlalte, de oare-ce colorează fibrele conjunctive în negru, punându-le în evidenţă, mai ales, când celelalte elemente sunt colorate în galben sau roz.

Secţiunile mele fiind foarte subţiri, mi-au permis să citesc perfect în ele. In preparatele colorate cu orange, toate celulele epatice au luat nuanţă galbenă deschisă, iar spaţiurile dintre ele sunt ocupate cu elemente fibrilare de o culoare neagră.

Aceste elemente fibrilare, cari nu sunt de cât fibrele conjunctive, sunt distribuite în toate părţile unde ştim că trebue să existe.

Dacă întrebuinţăm microscopul Reichert, ocular 4, obiectiv 3, avem o vedere de totalitate. Spaţiurile porte pline cu vena porta, artera epatică, canale biliare. In păreţii acestora nu se observă cu acest procedeu de cât numai elementele conjunctive. Cele din jurul fie-cărui vas sunt fine, de o culoare neagră şi distribuite circular în jurul lumenului. La vasele biliare formează ca un inel, compus din fire circulare, dispuse în jurul celulelor epiteliale. Printre aceste vase şi împrejurul tutulor vaselor din spaţiul lui Kiernan se observă fibre conjunctive, mai groase, ca cele din păreţii fie-cărui vas în parte, formând inele, compuse din fibre concentrice, care strâng pe toate vasele la un loc (fig. I şi II).

De la partea periferică a acestui inel conjunctiv pleacă ramuri sau fibrile, cari pătrund în lobul epatic, luându-şi imediat forma şi grosimea, care o va păstra în toată întinderea lobulului.

In interiorul lobulului, la mijlocul lui, observăm vena intra lobulară, tăiată une-ori circular, alte-ori în lung sau neregulat, şi chiar lăţită.

Ceea-ce observăm, că e invariabil, e structura acestor vene. Toate au păreţi formaţi din fibre conjunctive, colorate în negru clar, cu ajutorul acestui procedeu (fig. I).

Aceste fibre sunt dispuse circular, formând un fel de reţea, cu ochiuri variabile, mai mult lungăreţe.

Unele din aceste vene sunt stelate dându-ne perfect aparenţa stelei lui Hering, cu deosebire că aci aceste stele sunt formate numai de fibre conjunctive.

De la periferia acestor vene şi chiar din stratul concentric conjunctiv pleacă fibrile, rămurele şi se depărtează în toate părţile, pătrunzând în lobul şi se dirijează către periferia lobulului.

Ceea-ce am descris până acum se ştia de mult şi nu se contestează de nimeni.

Partea interesantă şi care m'a făcut să urmăresc acest studiu e: ce se fac aceste fibre? se distribue sau nu în lobul? ce dispoziţie iau? şi unde se aranjează?

In aceste piese se vede clar, ceea-ce am căutat. In aceste preparate se observă că fibrele conjunctive, cari pleacă de la periferia grupului de vase din spaţiul port, se duc spre vena centrală unindu-se sau mai bine continuându-se cu cele din păreţi venilor intra-lobulare. Cu acest procedeu punem în evidenţă clar, că există fibre conjunctive în lobul şi că aceste fibrile sunt de aceiaşi natură ca cele descrise, având aceeaşi formă şi culoare (fig. I).

Pentru a ne da seama cum se distribue, ce dispoziţie iau? trebue să examinăm preparatul cu un obiectiv mai puternic.

Cu obiectivul 7 şi ocularul 4, vedem că fibrile conjunctive pleacă din grupul conjunctiv din jurul spaţiului port şi vena intralobulară, se dirijează cam linear de la o parte la alta. Fibrilele acestea nu sunt isolate, ci sunt dispuse ast-fel, că par a forma un canal (fig. I).

Aceste canale, cari au păreţi formaţi de aceste elemente conjunctive, urmează cunoscutul drum al vaselor radiate.

Prin urmare canalele sunt vasele capilare radiate, iar păreţii lor pe lângă endoteliu, au şi fibrile conjunctive, foarte clare şi foarte evident dispuse în afară pe partea externă.

In ochiurile formate din aceste canale se văd grupele de celule epatice, colorate în galben palid şi cu nuclei în negru.

Cu immersiunea $^1/_{12}$ vedem cam aceleaşi lucruri, dar mult mai clare. Canalele sau vasele capilare radiate formează reţele, în ochiurile reţelei sunt grupe de 2—3—4 celule epatice, fie-care au nucleu lor plin de granulaţiuni (fig. II).

Păreţii vaselor sunt formaţi de mai multe straturi, fie-care strat fiind constituit de o fibrilă conjunctivă.

Aceste fibrile sunt de aceeaşi constituţie, ca cele din jurul vaselor mari, ele sunt puţin ondulate.

Aspectul, coloraţia, modul de distribuire, toate ne arată, că aceste fibrile sunt de natură conjunctivă şi prin urmare cu acest procedeu putem deduce, că în interiorul lobulului ficatului există fibre conjunctive.

In secţiunile făcute dintr'un ficat de pui, pe care 'l am fixat în licuoarea Zencker şi după ce le-am tratat cu procedeul Studnicka şi colorat cu eosină, am observat fapte şi mai pozitive şi mai demonstrative. Celulele epatice din ficatul de pui sunt grupate câte 3 — 4 la un loc. Aceste celule s'au colorat în roşu frumos prin eosină, nucleul lor e bine diferenţiat având membrana nucleară colorată în negru şi în interior granulaţii negre. Protoplasma acestor celule conţin numeroase granulaţii, cari luase culoarea neagră. In unele erau foarte numeroase şi îngrămădite în jurul nucleului, în cât une-ori nu se mai vedea nucleul, din cauza marei abundenţe de granulaţii. Intre grupurile de celule epatice se văd spaţiuri libere. Aceste spaţiuri sunt mult mai mari, mai vizibile de cât la câine.

Spaţiurile nu sunt goale ci ocupate cu vase radiate, dispuse împrejurul grupului de celule. Ceea ce mi-a atras atenţiunea e, că vasul radiat se găseşte în mijlocul spaţiului dintre celule şi că între vasul radiat şi pereţii celulelor există un loc liber (fig. II).

Fie-care vas are pereţii formaţi din aceleaşi elemente, ca vasele radiate de la câine; nu există nici o diferenţă între aceste fibre şi cele de la câine; au toate caracterele fibrilelor conjunctive, iau coloraţia specifică, sunt ondulate şi merg de la marginea lobulului până la centru (fig. II).

Ceea-ce trebue să remarcăm în aceste preparate, e faptul că ne pune în evidenţă existenţa ţesutului conjunctiv între capilar şi marginea celulelor.

Pereţii capilarelor, nu sunt cum susţine Renaut, băgaţi în celulă, făcând corp cu ea; are un perete propriu. nu-l împrumută de la celulele epatice.

Vasele acestea radiate de la pui, conţin în interiorul lor globule roşii şi multe albe, unele mai mari pline cu granulaţii semănând cu celulele lui Kupter.

Din această descripţie se vede că procedeul Studnicka pune în evidenţă foarte bine fibrele conjunctive. Cu toate acestea am căutat să văd dacă cu toate celelalte procedee cunoscute se pot vedea aceleaşi lucruri.

Am văzut cum Curtis a dat la lumină o mulţime de procedee, cari de cari mai necesare de a caracteriza ţesutul conjunctiv, colorându-l în roşatic-gălbui, roşu mai închis, etc.

Unul din procedeele de a colora fibrele conjunctive e întrebuinţarea Toluidinei şi Ponceau.

Iată cum am procedat: Am luat bucăţi de ficat de câine, le-am fixat în Zencker, apoi parafinat sau celoïdinat.

Secţiunile le-am colorat în modul următor: Se prepară o soluţiune de albastru Toluidină un gram, carbonat de $AzH.^3$ un gram, apă 100 gr. Din aceasta se ia 9 c.c. şi apoi un c.c. de formol 40°/₀. Secţiunile stau aci 12 — 24 ore, apoi se spală repede în apă şi alcool absolut. Se hidratează din nou şi se pun pentru cel mult $^1/_2$ oră în Tanin 1°/₀ după care se spală în apă.

Toate secţiunile se trec pentru 3, 4, 5 minute în apa picrată saturată 8 c.c. Ponceau S. extra 2°/₀ două c.c. şi acid acetic 2°/₀ trei picături.

Se spală în apă destilată, alcool absolut, Xylol, Balsam.

Examinând secţiunile colorate în modul acesta, am văzut că celulele epatice, formând grupuri, sunt colorate în galben, nucleii lor plin cu granulaţii albastre. Printre aceste cordoane celulare sunt vasele capilare. cari au pereţii formaţi tot din fibre conjunctive.

Aci fibrilele conjunctive au coloraţia roşatică gălbue şi sunt formate din mai multe fibrile ondulate. In interiorul vasului observăm: globule roşii colorate în galben, leucocite cu nucleii lor în albastru şi celulele lui Kupfer, întinse cu protoplasma lor bogată în granulaţii.

Cele mai clare din toate preparatele colorate cu metoda Curtis sunt acelea dintr'un ficat de copil, cari au fost colorate cu albastru. Unna şi Van Gieson, preparat în modul următor: apă picrată saturată în apă destilată 9 c.c. $^1/_2$, fuxină acidă 2°/₀ jumătate c.c. şi acid acetic 2°/₀ numai 5 picături. In aceste preparate observăm cele mai mici detalii, fie-care punct are importanţa lui. Spaţiurile porte au toate fibrele conjunctive colorate în roşu intens. De la marginea acestor spaţiuri pleacă fibrele conjunctive în interiorul lobului. Fie-care lobul e format din o mulţime de celule epatice, cari formează cordoanele. Toate celulele sunt colorate în albastru palid, cu un nucleu clar şi cu granulaţii albastre. Marginea acestor celule e mai diferenţiată ca protoplasma celulară, are o coloraţie mai intensă, pare a fi o protoplasmă mai condensată. Intre cordoanele celulare sunt spaţiuri mari, fie-care spaţiu conţine un canal neregulat, care nu e alt-ceva de cât un capilar. Fie-care din aceste vase are pereţii formaţi din fibrile conjunctive. Aceste fibrile sunt ondulate şi sunt mai multe pe un perete, au culoarea caracteristică a fuxinei.

Ceea ce e de remarcat aci, e, că aceşti pereţi conjunctivi sunt depărtaţi de suprafeţele celulare. Marginea condensată a celulei nu formează peretele propriu zis al capilarului. Fie-care capilar e plin cu globule roşii, cari aci au culoarea verde. Capilarele cu pereţii lor formează o reţea complectă, care se întinde de la spaţiul port până la vena centrală, când fibrele conjunctive devin mai groase şi concentrice în jurul acestui vas.

In preparatele de la pui, colorate în loc de fuxină cu violet roş 5 R. I. am obţinut aceleaşi lucruri ca şi în preparatele colorate cu Van Gieson, cu singura deosebire, că pereţii capilarelor erau coloraţi într'un roz mai pal.

Cu procedeul Geraudel, publicat în Presse medicale No. 50 din Iunie 1908. Am obţinut preparate în care celulele epatice erau verzui, fibrilele conjunctive roşu intense, globulele roşii-verzi, iar leucocitele şi celulele lui Kupfer aveau protoplasma roşiatică cu nuclei albaştri.

Intrebuinţând metoda Mallory am obţinut cele mai elegante şi cele mai demonstrative preparate. Cu microscopul Reichert ocular 4, immersiune $^1/_{12}$ am observat că celulele epatice au protoplasma rosatică cu mici granulaţii albăstrui, nucleu de aceiaşi culoare, dar mult mai intens colorat.

Pereţii capilarelor radiate dintre cordoanele epatice, sunt groşi au culoarea albastră şi sunt formaţi ca în toate celelalte secţiuni, din mai multe fibrile conjunctive.

Lumenul vascular e plin cu globule roşii, colorate în roşu intens. Vasele cu elementele lor conjuuctive sunt depărtate de cordoanele epatice.

Intrebuinţarea procedeelor Studnicka, Curtis şi Mallory, mi-a dat preparate, cari toate sunt identice, căci ne arată, că ficatul, din punctul de vedere al elementelor conjunctive, este la fel constituit.

In unele preparate fibrile conjunctive sunt negre, în altele roşii, roze, albastre, după reactivi specifici întrebuinţaţi.

Cu ajutorul technicei întrebuinţate am putut să demonstrez, după cum se vede în planşele alăturate, că există fibre conjunctive în interiorul ficatului. Aceste fibre au caracterele şi reacţiunile fibrelor conjunctive, prin urmare sunt fibre conjunctive. Având în vedere modul cum se prezintă în preparate, sunt de aceiaşi natură, atât cele din spaţiul lui Kiernan şi din vena centrală, cât şi cele din interiorul lobulului.

Din ceea-ce am văzut în preparate şi din ceea ce am descris, sunt în drept să conchid că:

1. Există fibre conjunctive în interiorul lobulului.
2. Sunt de aceiaşi natură cu cele din spaţiul venei porte.
3. Formează o dantelă dintre cele mai elegante în interiorul lobulului.
4. Sunt dispuse la faţa externă a capilarului.
5. Intre capilare şi cordoanele celulare există un spaţiu.
6. Celulele epatice nu formează peretele capilarelor.

Termin această lucrare, aducând mulţumiri d-lui doctorand Virgil Constantinescu, pentru buna voinţă ce a depus, în facerea planşelor, exact după preparate.

CERCETĂRI ORIGINALE

I. MINEA

Cercetări experimentale asupra Variaţiunilor morfologice ale neuronului sensitiv

(Studiul reacţiunei plastice). *Teză.* Bucureşti 1909.

Prin studiul ganglionilor spinali cu ajutorul metoadelor neurofibrilare autori ca: S. R. Cajal, Marinescu şi Minea, Nageotte, Levi, Dogiel etc. au produs o sumă de fapte noi şi interesante. Ast-fel s'a constatat în ganglionii spinali la om şi la animale în afară de elementele monopolare considerate ca constituind tipul normal al celulei ganglionare, prezenţa unor elemente celulare cu totul necunoscute mai înainte. Acestea sunt: *celule multipolare cu dendrite groase şi scurte; celule prevăzute cu apendice terminate prin bule capsulate; celule fenestrate,* care prezintă deschizături mari în regiunea de origine a axonului lor: *aparatal fenestrat; celule sfâşiate* sau *senile*, cu un mare număr de apendice de cea mai diferită formă, grosime şi lungime; *celule bipolare, celule cu lobi protoplasmici mari, celule cu plexuri pericelulare*, la care din corpul celulei sau din neurit pleacă fibre subţiri, care constituesc un plex pericelular uneori foarte complicat. *Ce semnificaţiune au toate aceste forme celulare?*

Cajal, cel d'intâi autor, care a publicat un studiu magistral asupra lor, le consideră ca *variaţiuni fiziologice* ale neuronului sensitiv afară de celulele „senile" şi cele „pigmentate," care reprezintă stări patologice.

Nageotte, Marinescu şi Minea constată prezenţa în *Tabes* a unui număr însemnat de celule „cu apendice terminate prin bule" şi consideră aceste formaţiuni ca fenomene *„regenerative"*. Fiind-că această „regenerare" nu să face la extremitatea unei fibre secţionate, nu este deci „terminală", Nageotte o numeşte *„regenerare colaterală"*. Marinescu constată prezenţa a numeroase „celule fenestrate" în polinevrită şi „celule senile" la indivizi tineri în cazuri patologice. Tot aceşti autori fac apoi în acelaş timp cercetări foarte interesante asupra *ganglionilor grefaţi* şi constată că celulele ganglionare, emit expansiuni de nouă formaţiune, în totul analoge cu cele constatate în cazuri patologice. Marinescu şi Minea demonstrează, că *traumatismul* produce un efect analog asupra celulei ganglionare.

Levi consideră aceste celule, ca *celule normale*, dezvoltate prin necesitatea fiziologică a celulei ganglionare de a-şi mări suprafaţa de nutriţiune în raport cu întinderea teritoriului din corp ce-l inervează; la animale de talie mare se găsesc mai ales aceste celule.

Dogiel consideră fenomenele descrise de autorii precedenţi ca *terminaţiuni sensitive normale*, în totul analoge cu terminaţiunile sensitive periferice.

Faţă cu aceste enorme deosebiri de vederi între diferiţii autori, d-l Minea caută să stabilească în teza sa, adevărata semnificaţiune a acestor fenomene. Cercetările sunt făcute cu metoda lui Cajal, la animale ca: epuri, pisici, câini. La aceste animale autorul face intervenţiunile cele mai variate asupra ganglionilor. Prin metoda *„grefelor"* ganglionare stabileşte, că morfologia neoformaţiunilor din grefe are un determinism precis, ea variază în prima linie cu *vârsta grefii*: celula ganglionară este într'o continuă reacţiune neoformativă până în momentul dispariţiunei sale; vitalitatea ei însă diminuând încetul cu încetul, morfologia neoformaţiunilor încă se resimte de această diminuare, ea devine cu totul anormală, monstruoasă în grefele mai vechi.

Mediul, în care se grefează ganglionul are cea mai mare importanţă. La acelaşi animal grefe făcute sub pielea urechii şi grefe făcute în organe se deosibesc une-ori radical unele de altele. Pe când în grefele făcute sub pielea urechii neoformaţiunile sunt cu totul precoce, produse fiind în urma unei enorme perturbaţiuni a metabolismului celular în grefele făcute în ficat şi în corpul tiroid, unde se vede, că ganglionul găseşte mai în abundenţă elemente nutritive în urma posibilităţii unei vascularizaţiuni mai repede, suferinţa celulelor şi deci şi reacţiunea lor neoformativă e cu mult mai mică: reticulul neurofibrilar al multor celule prezintă o remaniere în sensul unei simplificări şi se văd ast-fel în citoplasmă cordoane neurofibrilare groase în locul reticulului atât de fin al celulelor ganglionare normale.

Transplantări de ganglioni sub piele la broască, animal, la care fenomenele de nutriţiune sunt cu mult mai lente de cât la mamifere, arată o metamorfoză identică a reţelei endocelulare, conservare îndelungată a celulelor şi o reacţiune neoformativă puţin pronunţată.

Grefe de ganglioni făcute la animale de specii diferite eterotransplantări dovedesc, că supravieţuiesc foarte puţine celule şi acestea prezintă neoformaţiuni cu mult mai discrete de cât în grefele făcute în medii omogene, adică la animale de aceaşi speţă. Se găsesc prelungiri monstruoase, care în auto sau omotransplantări apar de obicei mai târziu apărând într'un mod cu totul precoce. La rezultate aproape analoge conduce diminuarea artificială a vitalităţii celulelor ganglionare prin conservarea ganglionului cât-va timp într'o soluţie fiziologică (ser-Locke), prin care se trece un curent de gaz carbonic sau grefarea de gauglioni recoltaţi de la cadavru la diferite intervale după moartea animalului. Un ganglion de la un cadavru uman grefat la epure sub pielea urechii la patru ore după moarte, a dat rezultate de o interpretare îndoelnică: celula nervoasă avea o vitalitate diminuată probabil şi prin afecţiunea, care a produs moartea. *Metoda grefelor ganglionare deschide deci în acest senz un câmp de cercetări interesante, care se pot face asupra acţiunii diferiţilor agenţi asupra capacităţii vitale a celulei nervoase.*

Traumatismele exercitate asupra ganglionilor încă dau naştere la neuformaţiuni asemănătoare cu cele provocate prin grefă. Autorul descrie experienţe de compresiuni, legături, sd robiri ale ganglionilor etc.

Studiul creşterii fibrelor nervoase în grefele ganglionare demonstrează, că celulele satelite şi celulele tecii lui Schwann n'au nici un rol în geneza şi în menţinerea integrităţei acestor fibre. Celule ganglionare mai mult sau mai puţin bine conservate stau în legătură cu fibre nervoase, care reflectează într'un mod fidel starea fiziologică a celulei lor de origine. Fără intervenţia celulelor „apotrofice" însă creşterea fibrelor neoformate să face într'un mod neregulat.

Autorul consideră diferetele forme celulare şi neoformaţiunile observate în ganglionii spinali ca expresiunea unei *reacţiuni speciale a celulei nervoase la turburările de metabolism, reacţiunea plastică.* Această reacţiune este condiţionată de un grad oare-care de motilitate protoplasmică, pe care celula nervoasă şi-a conservat-o în desvoltarea sa filogenetică, această motilitate o numeşte „*plasticitate*". Această plasticitate este calitatea fundamentală a protoplasmei nervoase; prin plasticitatea sa se diferenţiază protoplasma nervoasă de ori-ce altă protoplasmă. Graţie acestei calităţi se diferenţiază celulele nervoase-embrionare, răspunzând puternicilor acţiuni chimiotactice desvoltate de secreţiunile diferitelor organe. Celula nervoasă ajunsă la diferenţiarea sa funcţională definitivă răspunde încă la escitaţiuni anormale prin reacţiune plastică, care va fi cu atât mai întinsă, cu cât diferenţiarea funcţională a celulei va fi mai puţin înaintată; celulele multipolare au o reacţiune plastică cu mult mai neînsemnată de cât cele monopolare. Iată de ce neuronul sensitiv prezintă acele fenomene plastice atât de frumoase, care s'au părut diferiţilor autori de o interpretare atât de dificilă.

Dr. S. NICOLAU

Despre un caz de liomiom al penisului

Tumori cutanate compuse din fibre musculare netede au fost semnalate pentru prima oară de Verneuil în 1858. Tot în acelaş an Virchow a observat şi el un caz de această natură la un bolnav ce prezenta mai multe tumori în regiunea mamelonului, şi dânsul este cel d'întâi care a întrebuinţat cuvântul de *miom* pentru a caracteriza acest fel de tumori. Puţin timp după acea Förster a publicat un caz de miom unic al pielei scrotului.

Revenind într'o publicaţiune ulterioară asupra chestiunei miomelor cutanate, Virchow, bazându-se pe cazul său şi pe acela al lui Förster, a emis părerea că acest fel de tumori nu se pot desvolta de cât în acele regiuni ale corpului, unde pielea se găseşte în mod normal dublată, de un strat de musculatură netedă, ca: scrot, mamelon etc. Această concepţiune a lui Virchow a predominat până în anul 1880, când Besnier (1) a publicat observaţia unui bolnav atins de tumori miomatoase multiple, ocupând diferite puncte ale pielei trunchiului şi membrelor superioare, fără nici o localizare în regiunile desemnate ca exclusive, de Virchow.

Un punct important se stabileşte deci prin această lucrare a lui Besnier, anume că miomele cutanate se pot desvolta nu numai în regiunile prevăzute cu un strat muscular dartoic, dar în ori şi ce regiune a pielei, unde ele pot lua naştere tot din elemente musculare netede preformate (de mai puţină importanţă ca desvoltare, ce e drept), cum sunt muşchii arectori ai perilor, şi muşchii din pereţii vaselor.

Besnier admite prin urmare, două categorii de miome cutanate: prima coprânzând cazurile de tumori (de obicei unice) avându-şi sediul lor în regiunile corpului prevăzute cu un strat muşcular neted bine desvoltat, constituind *miomele dartoice;* în cea d'a două categorie intră tumorile, de obicei multiple, diseminate în diferite regiuni, pe care le numeşte *liomiome simple mutiple* ale pielei.

---

(1) E. Besnier. *Annales de Dermatologie et de Syghiligraphie 1880 şi 1885.*

Odată atenţiunea atrasă asupra acestui fel de tumori, numărul cazurilor observate nu întârzià de a se înmulţi. De remarcat e însă că majoritatea observaţiilor publicate aparţin clasei miomelor multiple diseminate ale lui Besnier. Aşa sunt cazurile lui Lukasiewicz, Marschalko, Wolters, Neumann, Arnozan şi Vaillard, Iadassohn, Hardaway, şi în fine un caz mai recent al lui Nobl. Tot la această clasă s'ar putea grupa, după părerea noastră, un număr de cazuri de miome cutanate multiple, care în loc să fie diserminate în diferite regiuni ale corpului ca în cazurile de mai sus, erau localizate într'o anumită regiune, (faţa) formând grupări tuberculoide sau papuloase. Aşa sunt cazurile publicate de Hess (la nas), Radcliffe Crocker (unghiul maxilarului), White (obraz), Leslie Roberts (obraz).

Cazurile de miome luându-şi naştere în regiunile cutanate dartoice, aşa zisele miome dartoice ale lui Bésnier, par a fi cu mult mai rare. In tot cazul, numărul observaţiilor de această natură publicate până acum este mult mai restrâns. Acest de tumori au fost semnalate în regiunea mamelonară (Sokolow, Klob), la scrot (Förster, Phelisse) şi la buzele mari la femee (Challard, Valude). In cazurile publicate de cele mai multe ori era vorba de tumori unice, rare ori multiple, a căror mărime varia de la acea a unui sâmbure de migdale, până la acea a unei mandarine. Tot la această clasă de miome dartoice trebue să însumăm, credem, câte-va cazuri publicate, de tumori prezentând în masa lor dilataţiuni vasculare fie sanguine (miome telangiectazice), fie limfactice (miome linfangiectazice).

* * *

De curând am avut şi noi ocaziunea de a observa un bolnav prezentând o mică tumoare miomatoasă în regiunea balanică a penisului. Această localizare cu totul însoţită, chiar ne semnalată până azi, după cunoştinţele noastre, într'o regiune care este sediul de predilecţie al atâtor afecţiuni genitale, ne-a decis a relata aci pe scurt istoria acestui caz.

Era vorba de un individ în etate de 34 de ani, bine constituit, fără nici o altă neoformaţiune în restul corpului, ne prezentând nimic demn de remarcat în antecedentele sale ereditare sau colaterale. Ca antecedente personale nu avem de semnalat de cât faptul că acum 2 ani a avut un şancăr în regiunea balano-prepuţială, diagnosticat ca sifilitic de către un medic, care i-a şi prescris un tratament mercurial, dar pe care bolnavul nu l'a urmat cu multă regularitate.

Actualmente bolnavul vine să ne consulte pentru o mică tumoare, situată în partea laterală dreaptă a şanţului balanoprepuţial, imediat înapoia coroanei glandului. Această tumoare prezenta dimensiunile şi relieful unui bob mare de fasole, cu marele diametru vertical şi paralel cu coroana glandului. Suprafaţa sa era netedă, acoperită de o mucoasă intactă, dar ceva mai roşietică de cât în părţile învecinate şi ceva mai subţiată. Tumorea, care avea un contur bine delimitat la exterior, prin părţile profunde făcea corp cu masa ţesăturilor subjacente. Consistenţa sa era tare, dar în tot cazul nu prezinta duritatea unui infiltrat celular masiv sau a unui ţesut cicatriciat. In regiunea înguinală ganglionii nu erau măriţi de volum.

Bolnavul ne afirmă că această tumoare i-a apărut acum 2 ani, chiar în locul unde a avut şancărul menţionat, şi că a succedat imediat cicatrizărei şancărului. Tumoarea în chestiune nu-i provoacă bolnavului nici o supărare nici spontaneu, nici la atingere, dar cea ce-l îngrijeşte şi îl determină să consulte e persistenţa acestei leziuni, care fiind desvoltată în locul unde era sancarul, şi imediat după dânsul, n'ar putea fi, după opinia sa de cât de natură sifilitică.

Procedând la examenul leziunei am exclus din primul moment posibilitatea unei leziuni sifilitice, fie că ne-am fi pus în supoziţia unei înduraţiuni persistente consecutive accidentului primar, fie a unei leziuni papuloase, tuberculoase, sau gomoase desvoltate la nivelul uude era şancărul, cum se observă câte odată. Lunga persistenţă a leziunei fără nici o modificare regresivă (2 ani, după spusa bolnavului) pe de o parte, consistenţa specială a neoformaţiunei, care după cum am spus nu prezinta înfiltraţiunea masivă a unei leziunei sifilitice, cât şi forma sa cam neregulată, ne-au făcut să eliminăm cu siguranţă natura sifilitică a leziunei.

Nu rămânea de cât a admite existenţa unei neoplasii, foarte probabil de natură benignă, dată fiind evoluţia sa înceată, dar asupra naturei căreia era imposibil de a ne pronunţa cliniceşte. Era deci absolut indicat, dată fiind şi insistenţa bolnavului de a fi fixat asupra naturei boalei sale, de a practica o biopsie, lucru de care am profitat pentru a extirpa masa tumórei în întregime. Această mică operaţiune a fost însoţită de o emoragie în masă, cam abondentă de ore ce tumoarea prin fața sa profundă făcea corp cu masa corpului cavernos corăspunzător. S'au aplicat 4 puncte de sutură cu catgut, iar emoragia s'a oprit odată cu alăturarea marginelor plăgei. Urmările operatoare au fost din cele mai simple. După 9 zile mica plagă operatoare era perfect reunită, iar cicatricea ce a rezultat era abea vizibilă. Bolnavul se declară pe deplin satisfăcut de această intervenție, exploratoare și vindecătoare în acelaș timp.

Tumoarea estrasă a fost fixată jumătate în sublimat acetic, iar restul în alcol absolut, apoi inclusă în parafină și secționată în serie. Preparațiunile au fost colorate cu hematoxilnă-eozină, Van Gieson, orceină Unna-Taenzer-albastru policrom, Pappenheim etc.

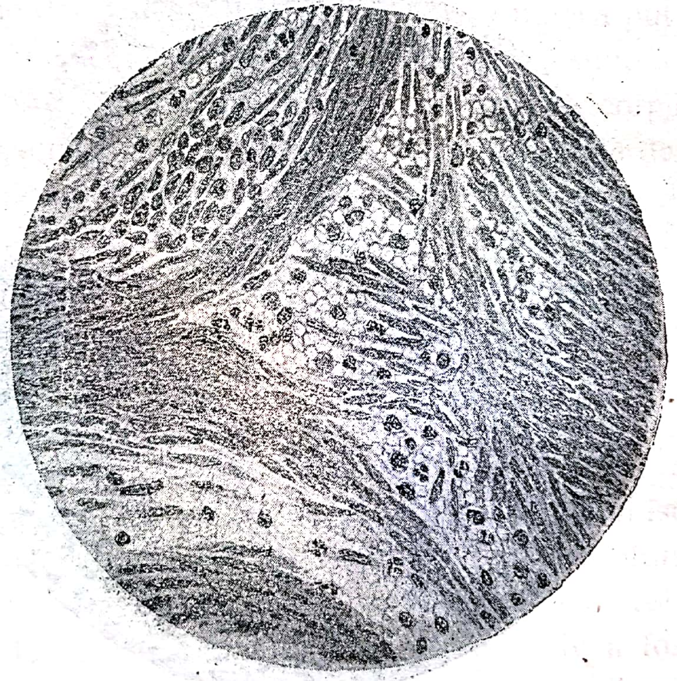


Fig. 1.

Examenul microscopic. Epidermul este normal ca structură, ceva mai subțiat însă. De desubtul dermului superficial, care este de asemenea normal, se găsește tumoarea, care descrie o masă sferică, bine delimitată, înconjurată în părțile laterale și superioară prin o condensare a țesutului dermic, ce descrie în jurul său un fel de capsulă incomplectă. Către partea sa inferioară tumoarea se confundă cu masa corpului cavernos.

Examinată cu un obiectiv mai mare, tumoarea propriu zisă era constituită de fibre musculare netede, reunite în fascicule, dirijate în diferite sensuri, care după orientarea lor se prezentau în secțiuni, fie ca nişte fascicule compuse din celule alungite cu nucleu în bastonaş, aşezate paralel, sau sub aspectul unor câmpuri compuse din celule cu nucleu rotund şi central. Intre fasciculele musculare descrise se vedeau abundente capilare sanguine al căror lumen era bine delimitat printr'un rând de celule endoteliale. In părţile centrale ale tumoarei, însă, existau nişte adevărate lacuri sanguine, de formă neregulată, ca înfiltrate între fasciculele musculare (Fig. 1.), fără nici o delimitare precisă, fără părete propriu aparent, şi în lumenul cărora se vedeau elementele normale ale sângelui, fără nici o alteraţiune. Această structură ne îndreptăţeşte, credem, a clasa această tumoare în categoria miomelor telangiectazice.

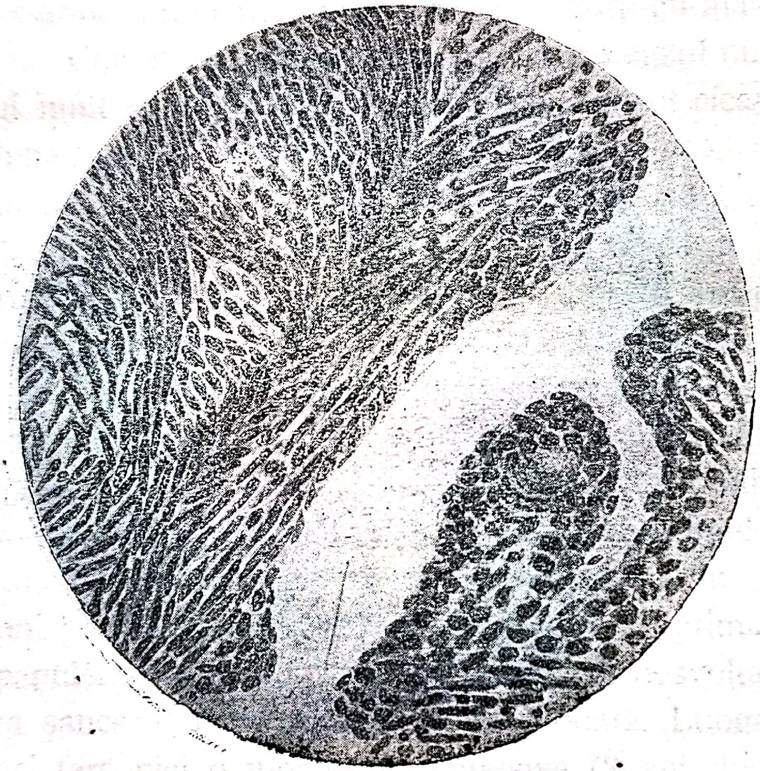


Fig. 2.

In părţile profunde ale tumoarei existau numeroase cavităţi neregulate, goale, delimitate printr'un strat endotelial, care cavităţt nu erau alt-ceva de cât areole ale corpului cavernos. Imprejurul acestor cavităţi şi în raport foarte intim cu dânsele se găseau fascicule de fibre musculare netede, aplicate direct pe lumenul acestor areole, constituindu-le, ca să zicem ast-fel păretele lor. (Fig. 2.) (1)

Un punct care ni se pare interesant de discutat este acela al originei posibile a acestei neoformaţiuni. Este întrebarea dacă ea şi-a luat desvoltare din muschiul peripien, cu alte cuvinte dacă ea merită numele de miom dartoric, sau punctul său de plecare trebue căutat în altă parte.

---

(1) Ambele aceste desemnuri sunt datorite amabilităţei D-lui d-rand Radu.

Anatomia ne arată că muschiul dartosul scrotal se continue într'adevăr în lungul penisului, constituind sub pielea acestui organ un strat continuu de fibre musculare netede, (dartosul penian) care, ajuns la orificiul preputului se răsfrânge ca şi pielea, şi se întinde apoi atenuându-se până în apropierea gâtului penisului, unde se opreşte. Aceste date anatomice fac puţin probabilă origina dartoică a miomului in cazul de faţă, de oare-ce, după cum am văzut, fibrele dartoice, în mod normal nu se întind până în partea anterioară a şanţului balanopreputial, sediul neoformaţiunei noastre.

Rămâne dar de discutat dacă tumoarea nu şi'a putut lua naştere din alte fibre musculare existând în structura ţesuturilor subjacente. Existenţa fibrelor musculare netede în capsula corpilor cavernoşi, constantă la unele mamifere, la om este contestată de cei mai mulţi autori. In schimb însă, păreţii care constituesc areolele corpilor cavernoşi, conţin în grosimea lor, pe lângă fibre conjonctive şi elastice şi numeroase fibre musculare. Retterer chiar susţine că aceste fibre musculare constituesc ca un fel de membrană musculoasă, dispusă între endoteliul areolelor şi trama lor conjunctivă, având pentru dânsul semnificarea unui adevărat strat muscular aparţinând elementului vascular al ţesutului erectil. Ţinând seamă de sediul şi implantaţiunea tumoarei, cât şi mai ales de intimele relaţiuni istologice ce am constatat intre fasciculele musculare din părţile profunde ale neoformaţiunei, şi areoalele corpilor cavernoşi, este mai probabil de admis că punctul de plecare al procesului neoformativ a fos aci.

D-l Profesor Babeş într'un studiu remarcabil asupra miomelor (Handbuch der Hantkrankheiten (Ziemsson's) t. II. pag. 499. Leipzig 1883) în care dânsul propune şi o clasificare a acestui fel de tumori după origina lor posibilă, admite, între altele şi o clasă de miome putându-se desvolta din păreţii vasculari, prin proliferarea elementelor lor musculare (Angiomyomata cutis). Aceste tumori sunt de obicei circumscrise şi solitare.

Admitând concepţiunea lui Retterer, pentru care, după cum am văzut, fibrele musculare ale areolelor corpilor cavernoşi sunt equivalentul tunicei musculare ce o întâlnim în păretii vaselor în general, cazul nostru ar putea intra şi el în această categorie specială de miome cu punct de plecare vascular.

CRITICI ŞI CRONICI

Dr. ECATERINA ARBORE

Chestia laptelui din punct de vedere social [1)]

Articolul profesorului Troiţky, fără a avea vre-o valoare ştiinţifică deosebită, e interesant din punct de vedere al rolului ce-l dă organizaţiilor sanitare comunale în acţiunea lor contra mortalităţei infantile prin organizarea fermelor model, cari ar furniza un lapte ideal consumatorilor.

Autorul începe prin a repeta argumentele în folosul valoarei unui lapte de vacă bun şi inferiorităţei a ori-cărui succedaneu artificial al laptelui.

Spune că America a făcut începutul în organizarea ştiinţifică a fermelor model de la Boston. Instituţiile similare din Europa au adoptat planul american.

Ferma de la Boston se află sub controlul riguros şi continuu a medicilor veterinari, cari supraveghiază rasele vacilor, hrana, sănătatea şi întreţinerea lor. Funcţionarea fermei a ajuns la un punct atât de ideal, că de murdărie nu poate fi nici vorbă; vacile, graţie spălărei şi curăţirei sistematice, nu mai pot deveni agenţi de contaminare în localul de muls, care se află afară de fermă şi care e tot aşa de curat şi aseptic ca o sala pentru operaţiuni de chirurgie.

Personalul de serviciu este educat anume, pătruns de noţiunile de antisepsie şi asepie şi se află sub conducerea medicilor specialişti în chesfia laptelui, a chimiei şi bacteriologiei secreţiei laptelui. Intr'un laborator special se fac examene sistematice ale laptelui. Se

---

1) Profesor I. Troiţky, *Ruskii Vratch* No. 38, 1909.

iau toate măsurile ca compoziţia medie a laptelui să rămână aceiaşi şi ca laptele să fie cât mai puţin posibil în contact cu aerul nu numai în timpul mulsului ci şi în timpul trecerei lui în vase prealabil sterilizate. Laptele muls imediat se duce la gheţărie, sau se supune la o temperatură înaltă (la pasterizaţii, sterilizare sau la fierbere) şi apoi se conservă în recitoare. Costul laptelui e puţin mai mare de cât cel obicinuit pentru un lapte bun.

In Rusia, regulamentul pentru înfiinţare de ferme model în oraşe, a fost întocmit de societatea medicilor de copii din Kiev şi autorul reproduce acest regulament în extenso.

Punctele principale sunt următoare: Ferma model va fi sub controlul permanent a unei comisiuni special „comisiunea laptelui", compusă din medici comunali, sanitari, din „medicul veterinar" şi de 6 membri aleşi de societatea medicilor din Kiev şi de societatea de pediatrie din Kiev. „Comisiunea laptelui" supraveghează ca condiţiunile contractului, între comună şi antreprenorii fermei să se observe în tocmai, examinează rezultatele analisei chimice şi bacteriologice a laptelui şi a examenului veterinar a animalelor şi pe baza acestora publică dări de seamă lunare, despre starea fermei, care garantează publicului calitatea laptelui. Analizele bacteriologice şi chimice ale laptelui se fac la două săptămâni odată, în laboratorul comunal. Tot de atâtea ori veterinarul comunal examinează animalele, iar unul din medici, tot personalul de la fermă şi cei găsiţi bolnavi de boale contagioase se depărtează imediat. Proprietarul fermei primeşte în primul timp după înfiinţare o subvenţie din partea comunei, garantarea desfacerei produselor fermei în spitale şi alte instituţiuni, cari ţin de comună, cu un preţ anumit şi loc gratuit pentru construcţia fermei. Laptele se va numi „lapte garantat al fermei model comunale". In caz dacă cererile vor întrece oferta, comuna va face contracte cu alţi proprietari de ferme, fără subvenţiuni. In contract să se prevadă cererile următoare: laptele nu trebue să conţină mai mult de 10.000 germeni pe 1 cm. c., să nu conţină substanţe streine sau murdărie. Să aibă o compoziţie chimică medie, fixată de comisiune. In momentul furnizărei laptelui, temperatura laptelui să nu treacă de 6° C.

Ferma să fie într'o localitate sănătoasă, aleasă de comisiune, nu prea depărtată de oraş.

Deosebit de grajdul vitelor, trebue să fie localuri separate pentru muls laptele şi pentru hrana vitelor Răcirea laptelui, împărţirea în vase, spălarea şi sterilizarea vaselor trebue să se facă într'un local separat, la o distanţă de minimum 50 stânjeni de grajd. Un local separat de carantină pentru vacile noi cumpărate. Grajdul vitelor să fie bine luminat şi ventilat. De fie-care cap de vită să fie minimum 30 m. c. de aer. Pardoseala să fie de asfalt sau ciment, pereţii de asemenea şi lemnăria vopsită cu culori de uleiu alb. Băligarul să se îndepărteze din grajd de două ori pe zi. Tot grajdul se spală de două ori pe zi cu apă. Planul fermelor se aprobă de comune. Rasa vitelor se indică de către comisiune. Vacile să fie în vârstă de 3—10 ani, să fie supuse prealabil examenului cu tuberculină şi sunt ţinute în observaţie cel puţin 10 zile. Examenul cu tuberculină se repetă din când în când după deciziunile comisiunei. Se îndepărtează din fermă imediat vitele găsite bolnave de tuberculoză febricitantă, cu septicemie, cu inflamaţia ugerului, etc., adică de ori-ce boală, care ar putea influenţa asupra calităţei laptelui. Vasele să fie curăţate de două ori pe zi şi spălate odată pe zi.

Alegerea hranei pentru vite să se facă de comisiune. Lista substanţelor pentru hrană, permise şi prohibite, se întocmeşte de două ori pe an, de către comisiune.

Mulsul vacilor să se facă într'un local absolut curat, cu pardoseala de asfalt, pereţi cimentaţi, bine ventilat.

Ugerul, înainte de a se mulge, să fie spălat cu apă caldă şi săpun, cu soluţie boricată şi şters cu tifon sterilizat.

Personalul care mulge, să se îmbrace cu bluze curate, să-şi spele mâinile cu perie şi săpun ca înainte de operaţie. Personalul care se ocupă cu mulsul vacilor să nu aibă nici o treabă cu grajdurile vitelor.

Laptele să se mulgă în vase sterilizate, cari se închid ermetic. Primele porţiuni de lapte se mulg jos. Laptele muls se duce în alt local separat, se filtrează prin tifon sterilizat sau prin vată şi se pune la recitoare aprobate de comisiune. Se vinde în sticle de 0.5—1 litru conţinut.

Sterilizarea vaselor întrebuinţate se face cu autoclave. Nu este permisă vânzarea laptelui de la vaci în ultimile 9 săptămâni şi în primele 12 zile după fătare.

Deciziunile comisiunei au fost făcute pe baza raportului d-lui dr. Lazareff (1900), care cerea pentru lupta de mortalitatea infantilă, organizarea de către administraţiile comunale, de ferme model, din cari s'ar furniza lapte in cantitate mare pentru nevoile populaţiunei sărace, Raporturul cere că acest lapte să se vândă cu preţul curent al laptelui şi ast-fel cu timpul făcându-se educaţiunea populaţiunei, lăptarii concurenţi ar fi siliţi să-şi organizeze lăptăriile conform cerinţelor publicului.

Alătur de fermele model, administraţiile comunale trebue să îngrijească să se popularizeze noţiunile despre valoarea şi calităţile unui lapte bun şi tot odată prin organizarea de „Gouttes de Lait“ cari astăzi şi-au căştigat un renume universal.

In ţările cu mortalitate infantilă mare, se cer măsuri urgente şi aceste măsuri autorul le vede cu drept cuvânt, în organizarea ăptăriilor model, pe spesele administraţiilor comunale, în popularizarea noţiunilor de higienă infantilă şi în înfiinţarea de „gouttes de lait“ cu vânzarea cu preţ eftin şi distribuirea gratuită a laptelui pentru sărăcime.

Dr. S. IRIMESCU

Profilaxia Tuberculozei

La noi. Aiurea. Educaţia publicului. Manopere necinstite. Spoliarea naivilor. Liga pentru combaterea tuberculozei (1).

Tuberculoza e marele flagel al vremei noastre. *Două-zeci de mii* de cazuri de moarte sunt produse anual în ţara noastră prin tuberculoză. După statisticele cele mai recente, în cele 67 oraşe în care se face verificarea deceselor, numărul morţilor prin tuberculoză e de *trei ori mai mare de cât al celor lalte maladii cu declaraţie obligatorie* (scarlatină, febră tifoidă, difterie, dalac, morvă, etc).

In 1905 bună-oară, am avut 4.337 de decese, provocate de tuberculoză, faţă de 1.256 pentru toate cele-lalte boale infecţioase; în 1906 am avut 3.587 faţă de 1.109.

⁂

N'am făcut nimic, sau aproape nimic până acum pentru a stârpi răul.

Lupta contra tuberculozei care ar trebui să deştepte — cum s'a întâmplat în alte ţări — interesul general, la noi, face progrese prea lente. Operile serios chibzuite, ca cea a „societăţii pentru profilaxia tuberculozei“ — cu toată activitatea desfăşurată de membrii ei — nu sunt destul ajutate. Indrumarea adevărată pentru organizarea acestei lupte porneşte însă de la ea.

---

(1) Viitorul de la 29 Noembrie şi 5 Decembrie 1909.

Dacă îndrumarea dată de „societatea pentru profilaxia tuberculozei“, ar avea drept rezultat să suscite şi alte iniţiative, membrii acestei societăţi n'ar putea să fie de cât recunoscători tuturor celora, cari ar lupta pentru o cauză mare, faţă de care nimeni n'ar trebui să rămână indiferent.

Filantropia, care e însă o virtute, poate să fie şi o profesie. Şi atunci, întreprinderile trâmbiţate cu pretenţii de apostolat, dau spectacolul urît al unei odioase exploatări. E o sarcină ingrată, dar e o datorie, de a demasca asemenea întreprinderi, cari scoboară cauza mare a luptei anti-tuberculoase la un nivel de josnice interese.

Să-mi fie permis, după ce voi arăta — în linii mari — organizarea sistematică a luptei antituberculoasc realizată aiurea, să documentez afirmaţia mea în ceia-ce priveşte întreprinderile acestea cu pretenţii de filantropie, cari riscă să dea o educaţie cu totul greşită publicului mare.

* * *

Ca exemple, despre rezultatele pe cari le poate da lupta sistematică în contra tuberculozei, mă voi mulţumi de ocamdată să arăt ceea-ce s'a obţinut în Englitera şi în Germania.

Măsurile generale de igienă au avut în Englitera o repercusiune imediată şi bine-făcătoare şi asupra tuberculozei; în Germania, sistemul de asigurare al lucrătorilor contra boalei şi invalidităţei a provocat mişcarea aceea grandioasă pentru sanatorii, pe care ca o nobilă emulaţie, toate ţările ar trebui s'o imiteze.

In Englitera, măsurile de igienă prevăzute în „actele“ votate de parlament, cu începere încă de la 1848 şi complectate în 1891 în faimosul „Public health London act“, care poate servi drept model pentru ori-ce legislaţie sanitară, au adus îmbunătăţiri reale în starea sanitară a populaţiei. Ştiind să facă sacrificii băneşti enorme (2 miliarde jumătate lei, în intervalul de la 1875—1890, numai pentru măsurile sanitare), oamenii de stat ai Engliterei, au înţeles că prima şi esenţiala lor datorie e grija sănătăţii publice.

Mortalitatea prin tuberculoză a scăzut ast-fel cu 52°/₀, socotind statisticile pentru perioadele de timp dintre anii 1861 - 1865 şi 1901—1904.

In Germania, de la 1897—1906, societăţile de asigurare a lucrătorilor contra boalei au căutat în sanatorii 160.000 tuberculoşi. Mortalitatea prin tuberculoză care era în Prusia de 3.2°/₀₀ în 1880 scade la 1.73°/₀₀, în 1906, diminuând ast-fel cu aproape 50°/₀.

Societăţile de asigurare, cari înainte de toate au să îngrijească de prosperitatea lor economică, şi-au dat seama că e mai avantagioasă construirea de sanatorii chiar costisitoare, ca distribuirea de rente de invaliditate la domiciliu.

Pentru o sută de tuberculoşi, ţinuţi în observaţie în timp de cinci ani, după ce-şi făcuseră cura în sanatorii, economia rentei de invaliditate e de 17.222 mărci, iar pierderea de 14.322 mărci. Casele de asigurare realizează ast-fel un beneficiu de 2.900 mărci. Socotind pe cei căutaţi în sanatorii între anii 1897—1906, rezultă pentru aceste case un câştig de 4¹/₂ milioane mărci, la cari se adaogă o sumă egală care ar fi trebuit să fie distribuită familiilor celor îmbolnăviţi.

Sanatoriile, departe deci de a greva bugetul caselor de ajutor, le au permis să realizeze economii.

In chestiile de asistenţă sanitară, în afară de socotelile bugetare, impuse de necesităţi, trebue să se ţină seamă şi de vieţile omeneşti păstrate societăţei. Capitalul omenesc economisit în sanatoriile germane, reprezintă după Bielefeldt, directorul societăţilor de asigurare hanseatice, suma de 235 milioane mărci. Rezultatele obţinute în aceste sanatorii sunt deci excelente şi în lupta contra tuberculozei, ori cât s'ar căuta să se discrediteze opera lor, sanatoriile rămân încă unul din mijloacele cele mai eficace. Statistica făcută pentru 20.000 de bolnavi căutaţi în sanatorii arată că, după cinci ani, 43°/₀ din bărbaţi şi 50 °/₀ din femei îşi păstrează capacitatea de muncă.

In Germania numărul sanatoriilor sporeşte continuu. Actualmente peste 50.000 tuberculoşi pot să 'şi urmeze cura pe fiecare an.

Societăţile de asigurare, împăcând astfel şi interesele lor şi indatoririle de sprijin şi de asistenţă pentru cei bolnavi, au fost un factor de mare importanţă pentru lupta antituberculoasă şi pentru măsurile igienice în general.

⁂

Dar noi ce facem în timpul acesta?

Lupta antituberculoasă e de abia la începutul ei. Proporţia de tuberculoşi e enormă, peste 3 la mia de locuitori în Bucureşti şi cifră îngrozitoare 5—6 la mie într'unele oraşe din provincie ca Giurgiu, Caracal, Călăraşi. Răul, e lesne de înţeles, ia proporţiile unui dezastru şi de aceea trebue dată alarma.

Solidaritatea omenească, simţimânt superior, provocat din experienţa aceloraşi suferinţe şi aceloraşi încercări, trebue să se manifesteze mai cu deosebire când e vorba de primejdia aceasta şi nu numai din consideraţiuni de umanitate superior înţeleasă, dar ca o elementară apărare. Nu trebue uitat nici un moment, că tuberculoza e un vrăjmaş care 'şi găseşte victimele în toate clasele sociale, printr'o contagiune care de multe ori e greu de evitat. Lupta impotriva tuberculozei trebue dusă prin urmare într'o largă armonie socială. Ea e menită să provoace curente de altruism. Sforţările tuturor claselor sociale trebue să fie necesarmente indreptate către acelaşi ideal de apărare comună.

Lupta antituberculoasă, aşa cum a fost înţeleasă în ţările unde e organizată în mod sistematic a adăogat la ideea de tratament al maladiei — concepţie pur medicală — un element social şi igienic.

Ceea ce s'a obţinut aiurea, putem obţine şi noi, dar numai prin energie şi prin voinţe ferme. In New-York, în mare parte datorită omului de iniţiativă care este Biggs, lupta antituberculoasă a fost admirabil organizată. In câţi-va ani, 5000 paturi au fost puse la dispoziţia tuberculoşilor, din cari 3500, pentru cazurile înaintate. Socotind că un tuberculos stă, în termen mediu, patru luni în spital sau în sanatoriu, cele 5.000 de paturi fac cu putinţă ca 15.000 tuberculoşi — din cei 35—40.000 câţi sunt în New-York — să fie căutaţi anual. Rezultatele n'au întârziat să se producă; în câţi-va ani numai, mortalitatea prin tuberculoză, a scăzut de la 4.27 la mie, la 2.10 la mie.

In Filadelfia, graţie iniţiativei inteligente alui Flick, susţinută de un filantrop generos ca Phipps s'a putut obţine ca în cartierul unde s'a instalat un spital şi un dispensariu, în trei ani mortalitatea prin tuberculoză să scadă de la 4 la mie la 0.4 la mie.

* * *

Până când, cu o mai bună şi mai dreaptă organizare socială, contrazicerile economice actuale vor putea să fie înlăturate în mare parte, lupta contra tuberculozei — boală socială pentru care e nevoe de remedii sociale — trebue totuşi dată chiar în condiţiile în cari trăeşte societatea de azi.

„Societatea pentru profilaxia tuberculozei“ unde sunt grupaţi, sub preşidenţia profesorului Petrini-Galaţi, un număr de oameni competenţi, cunoscători ai gravităţei şi complexităţei problemului, caută prin conferinţe, prin publicaţiuni să arate ce e de făcut.

Rămâne ca statul şi particularii să-şi dea contribuţia pentru ca în lupta contra tuberculozei măsuri hotărâtoare să fie luate.

Nici o iniţiativă nu trebue descurajată. Obolul modest ca şi munificenţa filantropului bogat, conferinţele oamenilor reprezentativi în materie de igienă publică, ca şi propaganda făcută de fie-care medic ca şi de ori-care persoană cunoscătoare în materie, în oraşul său de provincie ori în circumscripţia sa rurală, trebue salutate cu recunoştinţă ca un nobil elan de solidaritate omenească.

* * *

Dacă însă solidaritatea tuturor oamenilor de bine e necesară pentru combaterea tuberculozei, e o mizerie ca, sub aparenţa de filantropie şi de apostolat, buna credinţă a publicului şi a bolnavilor să fie înşelată. Să mă explic. E incontestabil că dese ori, mai dese-ori decât se crede în general, boala aceasta chiar dacă nu se vindecă complect, se poate ameliora aşa de mult, în cât e compatibilă cu o lungă existenţă. Tratamentul tuberculozei are însă nevoe să fie sistematic organizat şi în condiţii cu totul altele decât cele în cari se găseşte în marea majoritate a cazurilor bolnavul. Odihna, aeraţia, alimentaţia substanţială — baza tratamentului — sunt greu de realizat în locuinţa mizerabilă în care trăesc cei mai mulţi dintre tuberculoşi.

De aceea, acolo unde lupta antituberculoasă e serios chibzuită, toate sforţările sunt îndreptate pentru a substitui un trai igienic traiului chinuit al celor bolnavi.

In raportul aşa de complect asupra organizărei luptei antituberculoase în New-York — pentru a nu da decât un exemplu — distribuit cu ocazia ultimului congres internaţional al tuberculozei ţinut la Washington în 1908, se poate vedea cu câte inteligenţă şi cu cât sistem, organizarea aceasta e realizată.

Cazurile de tuberculoză sunt obligator declarabile şi dacă locuinţa tuberculosului nu poate fi amenajată în vederea curei, cele 5000 paturi pentru tuberculoşi, disponibile în spitale şi în sanatorii, al căror număr creşte pe fie-care an, servă la tratamentul şi la izolarea bolnavilor.

Izolarea bolnavilor înaintaţi în spitale e o măsură de rigoare absolut necesară, de oare ce, de cele mai multe ori ea e imposibilă la domiciliu, fiind dat că în oraşul miliardarilor — contrast isbitor! — sunt încă 200.000 familii care trăesc în locuinţe mizerabile — tenement houses — în cari soarele nu pătrunde dar unde boala îşi găseşte locaşul favorit. Pentru măsurile de aplicat în lupta contra tuberculozei, funcţionează alături de medici un serviciu întreg de infirmiere — nurses. Ele merg la domiciliul bolnavilor şi raportează la un birou central, în ce fel, măsurile prescrise de medic sunt aplicate.

Astfel numai, cu sancţiuni cari să urmeze constatărilor făcute, lupta contra tuberculozei poate să dea oare-cari rezultate.

In lupta aceasta, trebue să se înţeleagă următorul lucru esenţial: boala e dese ori curabilă, cu atât mai curabilă cu cât e descoperită mai repede, încă de la primele sale manifestări. Dacă chiar formele înaintate se pot une-ori îndrepta sau vindeca, în ori ce caz însă contra lor trebue să fie în primul rând îndreptată atenţia, de oare-ce prin ele, boala se răspândeşte.

Educaţia publicului trebue să fie făcută continuu, arătându-i înfăţişarea adevărată a problemului. E însă necinstit, e o mizerie şi o ruşine să se abuzeze de ignoranţa lui dându-i asigurări de vindecări quasi-miraculoase şi făcându-l să crează în sisteme de tratament la cari nenorociţii bolnavi recurg cheltuindu-şi ultimul ban, care ar fi putut să fie cu mult mai bine întrebuinţat. Şi într'alte ţări ca şi la noi, sub o formă sau alta, apar în lupta contra tuberculoziei, întreprinderi de vindecare a acestei boale, trâmbiţate zgomotos. Intreprinderile acestea trivializează însă o luptă, care ar trebui să fie dusă cu focul sfânt al cauzelor mari, cu toate sacrificiile şi cu toată dezinteresarea.

* * *

Dacă ar fi numai benificiile ilicite realizate de cei care-şi scoboară profesia la o firmă comercială de cinste dubioasă, întreţinută cu toată arta cele mai americane dintre reclame, răul n'ar fi prea mare. E inevitabil ca fiecare profesie să-şi aibă şi oameni de aceştia. Şi pe urmă, ori-cât s'ar face educaţia publicului, clientela naivilor va fi totdeuna asigurată celor care ştiu să exploateze ignoranţa ei. Imaginaţia e totdauna atrasă de necunoscut şi farmecul misterului, al tratamentelor miraculoase, are un fond care e tot aşa de vechi ca şi omenirea şi va trăi probabil cât ea. Tuberculosul care a aşteptat să ajungă un muribund va căuta în optimismul său invincibil injecţia miraculoasă, care să-l transforme dintr'odată. Fluidul electric cu inscenări savante va galvaniza încă vreme îndelungă multe speranţe.

Când profesia aceasta de vindecător miraculos e exercitată cu toată reclama necesară, dar fără pretenţii aunţate cu o rară suficienţă de a provoca curente de opinie publică în vederea unei anumite întreprinderi şi unei anumite persoane, ea poate fi abandonată dispreţului oamenilor cari au destulă inteligenţă şi destulă cinste ca s'o judece.

Ce se întâmplă însă? Mercantilismul duce îndrăzneala până la a lua aere de apostolat. Se organizează caravane, razzii, cari cutreeră cartierele sărace şi fotografia nenorociţilor bolnavi apare în jurnale cu reflecţia tremurătoare de emoţie a reporterului lovit de puterea miracolului: „tuberculosul X. ajuns la un grad înaintat de boală, merge cu paşi repezi spre îndreptare, graţie tratamentului specific (?) făcut de specialistul eminent.“ Şi miracolul devine contagios. El face victime printre bolnavii, care aleargă în cabinetul de consultaţie al specialistului, ca spre o nouă Mecă, ca să se vindice la glasul, injecţia şi electricitatea profetului!

Am văzut destule victime ale acestui pelerinaj—procesie deseori lugubră — şi mai mult ca o contribuţie pentru moravurile medicale ale epocei noastre îmi va fi permis să le înregistrez.

E de sperat că exemplele date vor servi totuşi la educaţia publicului. Gama e variată de la burlesc la tragic.

Aventura pictorului — al cărui nume l'aşi putea da la nevoe — e tipică...

Pictorul acesta, după libaţiuni mai copioase, încetând de a avea glasul cristalin de sirenă, consultă după sfatul camarazilor — care voiau să-i monteze o şarje de atelier — pe unicul specialist în raze şi în aparate electrice. Farsa nu ratează. Savantul specialist declară grav: „tuberculoză laringee“! Urmează discursul de circumstanţă; „boala gravă, curabilă însă, dar pentru aceasta e nevoe de atâtea injecţii pentru suma de...“

Pictorul terorizat „face rost“ de suma care i se ceruse. Aici scena devine de un comic intens. Inaintea pictorului, în cabinetul specialistului, un alt client primea acelaşi tratament specific.

Intâmplare fericită pentru artistul nostru: specialistul, se vede prea ocupat, ca să se îngrijească ca seringa şi lichidul de injectat să fie sterile, dase un abces clientului la locul de injecţie. Şi clientul urla.

Pictorul, fire de artist impresionabilă, uită gravitatea laringitei tuberculoase, de şi sabia lui Damocles a unei condamnări sigure. îi atârna, după sentinţa specialistului, de-asupra capului, şi o ia la fugă. Specialistul cearcă să-l reţină de pulpana hainei. Pictorul nu se opreşte însă, decât în cabinetul de consultaţie al unui clinician foarte cunoscut, profesor de universitate, care-l asigură că are o laringită banală şi-l vindecă cu o formulă de inhalaţie oare-care.

Se va spune că în cazul acesta ilustrul specialist, chiar înarmat cu oglinzile cu care se face examenul laringoscopic — ceea-ce ridică majestatea şi misterul sacerdoţiului — a comis numai o eroare de diagnostic, de şi antecedentele erau clare: pictorul făcuse un chef straşnic şi natura răguşelei o diagnosticaseră chiar camarazii săi.

Acolo unde însă specialistul abuzează de reputaţia sa — consacrată de reporteri admirativi — e când declară soţului alarmat că soţia sa, cavernoasă ajunsă la un grad înaintat de caşexie, nu e tuberculoasă, şi că nici o măsură de izolare nu e necesară de şi ocupa aceaşi cameră cu trei din copii săi.

Cu diagnosticul de abces pulmonar, tălmăcit pentru înţelesul ei şi al soţului ei ca fiind cauza care provoacă eşirea puroiului în expectoraţie, bolnava a urmat un timp îndelungat consultaţia specialistului. Când resursele s'au epuizat, ea a venit să moară la Filaret. Până în ajunul intrărei la spital — deşi sputa conţinea cantităţi enorme de bacili — diagnosticul de abces a fost menţinut — de oarece altfel bolnava descurajată ar fi renunţat la luminile specialistului — şi copii au continuat să stea într'aceiaşi cameră cu mama lor, fară să se ia nici o măsură de izolare.

In cazul acesta însă, tratamentul specific, îmi pare că n'a fost aplicat.

⁂

Tratamentul acesta specific, întrebuinţat sub forme variate, e calul de bătae al specialistului. Sunt numeroşi medicii — cari văd şi ei bolnavii cari au trecut prin cabinetul de consultaţie al specialistului — cari pot să spună în ce fel încrederea bolnavilor în tratamentul acesta specific e captată. El e prescris dese-ori sub forma de supositoare colorate: roşii, albastre, galbene, etc. Condiţia expresă a reuşitei tratamentului, după specialist, e ca supozitoarele să fie aplicate cu o exactitate matematică.

Se începe de exemplu, cu cel roşiu, după două zile se dă cel albastru, etc.

Când bolnavul, intrigat, întreabă de ce supositoare aplicate... mult mai jos de cât în dreptul plămânului bolnav, răspunsul sentenţios al oracolului este: „boala este la plămâni, supositorul însă o trage în jos“. Explicaţia pare aşa de luminoasă, în cât bolnavul — mut de admiraţie — devine cel mai fervent prozelit al supositoarelor colorate. In treacăt fie zis, supositoarele acestea colorate reamintesc sistemul de tratament al unui ilustru precursor al specialistului, faimosul conte Mattei din Bologna, care cu electricităţile lui galbene, roşii, a făcut numeroase victime şi printre români. Electricitatea de altminteri—nu ştiu dacă e botezată şi ea „specifică“—joacă un mare rol în sistemul de tratament al specialistului. Tratamentul acesta electric e un adevărat poem.

In zilele din urmă un nenorocit bolnav, primit la Filaret, mi-l expunea din nou. Bolnavul, cavernos, soseşte în cabinetul specialistului, după ce fusese întrebat de la intrare dacă doreşte consultaţia „cu sau fără maşină“. Hotărât la toate sacrificiile, bolnavul, şofeur de automobile, cere — comme de juste — o consultaţie cu maşina. Când primeşte în dreptul plămânului bolnav, descărcarea electrică mai puternică a „maşinei“, bolnavul ţipă. „Aici e boala“, îi declară Pythia electrică.

Urmează apoi asigurările de îndreptare definitivă, dacă tratamentul electric, specific, etc., va fi riguros aplicat. Bolnavul continuă vizitele de trei ori, trece chiar...sub furcile caudine ale duşului electric, dar—cum finanţele i se epuizaseră—declară specialistului că nu mai poate face faţă curenţilor electrici prea costisitori. Schimbare de front bruscă şi totală la specialist, care-i declară, de şi armat cu puterea Jupiterului tonans, că el nu e Dumnezeu şi că pentru boala lui aşa de înaintată nu mai are cum să-l caute.

Nenorocitul acesta îşi face acum cura — fără electricitate — la Filaret.

* * *

Laurii, succesele repurtate de specialist sunt—trebue să recunoaştem — foarte mari. Reputaţia sa de vindecător miraculos pare consacrată. Istoria, de altmlnteri, se repetă pentru toţi vindecătorii aceştia miraculoşi. Exemplele sunt numeroase. Voi cita numai două.

Când acum câţi-va ani un şarlatan, Duply (de l'Aisne) a anunţat că a descoperit un remediu contra tuberculozei, succesul a fost enorm. Reporterii jurnalelor mari din Paris, veniţi în localitatea în care practica şarlatanul, au anunţat cure extraordinare. Consacrat „om mare“, Duply a venit să opereze în plin Paris. Clientela a fost formidabilă. Ca un caz mai recent, anul acesta chiar, revistele medicale au povestit truc-ul ingenios al unui alt şarlatan din Statele-Unite — medic şi acela — care în camere electrice în număr de opt vindeca oftica în opt zile. Succesul a fost prodigios.

Ori cât mi s'ar cita adagiul: „pessima medicorum invidia“, socotesc că mi s'ar face o nedreptate dacă aşi fi suspectat că invidiez succese de calibrul acesta.

Cabinetele modernilor doctori Faust complicate cu raze X, cu dușuri electrice, în cari bolnavii sunt atrași că într'o speluncă în care se practică mistere cu beneficii palpabile, vor continua să prospere și nimeni dintre noi nu va fi gelos de celebritatea lor.

Chestia însă are o importanță mai mare de cât cea a unor incidente șarlatanești din viața medicală a epocei noastre.

Există în București o ligă pentru combaterea tuberculozei. Din liga aceasta fac parte și oameni de o cinste ireproșabilă și de o perfectă bună credință. Cei câți-va gazetari și cei câți-va filantropi sau oameni de știință cari participă la ședințele ligei, nu cunosc—sunt sigur—trista odisee a bolnavilor săraci cari plătesc cu ultimul lor ban supozitoare colorate sau dușuri electrice.

Am socotit că e o datorie să le-o semnalez. Bolnavii aceștia când și-au terminat ultimele resurse, aleargă din spital în spital și nu găsesc de multe ori nici un loc unde să închee un trai de decepții și de suferințe.

La mulți dintre ei un tratament cinstit, făcut la vreme, ar fi reușit poate să oprească sau să amelioreze boala! E pe lângă acesta o educație falșă, nenorocită, să se lase a se acredita că prin tratamente electrice, etc., se poate combate tuberculoza.

Voi arăta cu altă ocazie—nu pentru a discuta contradictor cu specialiști (?) cari recurg la procedee ca cele pe care le-am arătat—dar pentru instrucția publicului, că așa zisele tratamente specifice—cari pot să-și aibă utilitatea, când sunt făcute cu toate precauțiile—sunt greu de aplicat la bolnavi ambulanți, cari nu-și pot schimba condițiile de trai, de cele mai multe ori foarte precare.

* * *

„Liga pentru combaterea tuberculozei“, care numără, și atâția oameni dezinteresați, e datoare să înceapă prin a face o operă de salubritate în interiorul său, repudiând procedee mercantile, ca cele pe care le-am semnalat. Atunci numai, va avea autoritatea morală, să pretindă ca activitatea ei să fie socotită ca o activitate serioasă. Membrii „societății pentru profilaxia tuberculozei“, cari n'au pretenția să monopolizeze lupta contra tuberculozei, vor fi cei d'întâi cari vor saluta cu mulțumire — după această epurație—activitatea ligei, de oare-ce cu cât operele pentru combaterea tuberculozei vor fi mai numeroase, cu atât mai ușor și mai repede se va putea pune o stavilă celei mai omorâtoare dintre boalele cari bântue astăzi omenirea.

La articolul meu din „Viitorul“ de la 5 Decembrie, comitetul ligei pentru combaterea tuberculozei, sifilisului și alcoolismului, a crezut că poate răspunde printr'un comunicat înserat în „Viitorul“ de la 10 Decembrie.

Comunicatul acesta în cinci-spre-zece rânduri, are meritul să fie scurt dar nu răspunde la nici una din „faptele concrete“ pe cari le-am citat ca să ilustrez activitatea secretarului ligei. El să mulțumește să dea orele de consultațiune ale dispensarului ligei..... Dar cum onorabilul comitet socotește că poate să trateze aceste *„fapte concrete“* — cum le califică el singur — drept „insinuări răutăcioase“ și chiar drept „pure invențiuni“ sunt nevoit să continuu discuția.

Dau aici răspunsul la acest comunicat reprodus din „Vitorul“ dela 23 Decembrie:

Ași putea trece cu vederea certificatul de complezență, pe care în solicitudinea sa quasi-paternelă, comitetul ligei pentru combaterea tuberculozei, sifilisului și alcoolizmului a socotit nemerit să-l dea secretarului său, în răspunsul înserat în ziarul „Viitorul“ de la 10 Decembrie. — Liga care e extrem de complezentă cu „vrednicul său secretar“ crede însă că poate să-și permită să trateze zisele mele de „pure invențiuni“.

Pentru publicul care și-a dat osteneala să urmărească articolele mele anterioare și nu pentru comitetul anonim al Ligei, mă simt obligat să revin asupra aceluiași subiect, cerându-i ertare că într'o chestiune mare de igienă socială sunt nevoit să mă scobor la personalități.

In articolul meu din „Vittorul“ de la 5 Decembrie, am arătat că lupta contra tuberculozei ca să poată fi dusă cu sorți de reușită, cere o organizare sistematică și concursul a cât mai multor factori sociali.

Dacă însă e o datorie de solidaritate omenească ca în lupta aceasta, fie-care să-și dea contribuția, e o mizerie și o rușine, ca sub pretext de filantropie, buna credință a publicului și a bolnavilor să fie exploatată. Printre medici, în publicul mare chiar, se cunoșteau fapte concrete, se precizau toate amănuntele asupra modului cum această exploatare era întocmită.

Indignarea, revolta latentă a multora, cerea să fie formulată. M'am crezut dator,—de oare-ce mai mult de cât alții prin bolnavii cari defilează zilnic la Filaret, eram pus în curent cu cele petrecute — să-mi iau sarcina de a rupe masca falșei filantropii, stigmatizând procedee cari repugnă conștiinței ori-cărui om cinstit.

Liga pentru combaterea tuberculozei, sifilisului și alcoolismului se înșală însă dacă crede, că poate eluda o chestiune de moralitate publică cu o simplă declaraţie anodină. Faptele concrete pe cari le am semnalat rămân întregi, şi desfid pe secretarul ligei, pe onorabilul d. Mitulescu, să conteste cel mai mic amănunt din tot ceea-ce am înaintat.... Documentaţia pe care o posed e cu mult mai complectă — n'am arătat în articolele mele anterioare de cât exemplele cele mai tipice — şi o ţin ori şi când la dispoziţia ligei.

Numeroşi alţi medici ar putea face acelaşi serviciu comitetului oferindu-i un material abondent de fapte concrete.

Nu am însă intenţiunea să discut contradictoriu cu acest comitet. Am ţinut chiar în articolul meu din „Viitorul“ de la 5 Decembrie să separ pe cei din ligă de secretarul lor, de oare-ce aveam convingerea, că în liga aceasta se află şi oameni de bună credinţă.

⁂

Onorabilul domn secretar, dacă socotea că poate să rectifice zisele mele, avea dreptul şi datoria să o facă, sub propria sa răspundere în loc de a se ascunde la spatele unui comitet.

Comitetul e cel care dă comunicatul asupra aşa zisului tratament specific cu tuberculine.

E greu însă să discut cu acest comitet valoarea tratamentului cu tuberculine de oare-ce oamenii onorabili care-l compun, de o competinţă incontestabilă, în ocupaţiunile lor trebue să recunoască ei singuri că ignorează bucătăria tuberculinelor. Pentru secretar însă care inspiră comitetul — dacă o discuţiune serioasă s'ar putea face cu oameni cari recurg la procedee ca cele pe cari le-am semnalat şi dacă cadrul unui ziar zilnic ar îngădui ast-fel de discuţiuni cari riscă să fie fastidioase şi să obosească publicul — aşi putea arăta, că aşa cum se face tratamentul cu tuberculine la dispensariul ligei — după declaraţia bolnavilor, cari l-au urmat — în injecţii, pe cale bucală sau chiar în supozitoare colorate—presupunând că aceste supozitoare ar conţine tuberculine — el nu poate da de cât rezultate problematice şi de multe ori riscă chiar să fie dăunător.

Reacţiile termice generale, reacţiile locale de focar nu pot fi urmărite de oare-ce bolnavii sunt ambulanţi. Ele cer observaţiunea continuă a bolnavului din partea medicului, care face tratamentul. Şi pe urmă presupunând chiar că bolnavii ar fi instruiţi în sensul acesta — sfaturi greu de urmat — tratamentul cu tuberculine care prezintă oare-cari avantagii, când e făcut cu toate precauţiunile, va da greu rezultate la bolnavii, cari nu-şi pot schimba condiţiile de trai. Alături de tuberculine nu trebue uitat, că regimul igieno-dietetic, e baza tratamentului, şi că regimul acesta e imposibil de realizat în condiţiile precare în care trăesc cei mai mulţi dintre bolnavii, cari urmează consultaţiile dispensariilor.

Subiectul acesta însă, pe care-l schiţez numai în treacăt, ar comporta o discuţie amănunţită şi nu e locul şi timpul s'o fac acum.

* * *

Liga care se pronunţă asupra tuberculinelor nu găseşte însă bun să spună un cuvânt asupra electricităţei aplicată sub forme şi cu maşine aşa de variate de eminentul specialist. Să fie oare că e şi ea cuprinsă de teroarea sacră care însoţeşte misterele sau — explicaţie şi mai plauzibilă — secretarul care trebue să aibă în atribuţiile sale ca orice secretar şi comunicatele ligei a crezut mai nemerit, atunci când e vorba de tratamente miraculoase, ca ele să rămână intangibile, înconjurate de respect, în sanctuarul iniţiaţilor?

Cer iertare, comitetului ligei, dar atunci când se practică mistere spre cea mai mare glorie şi spre cel mai mare profit al specialistului dar în dauna nenorociţilor bolnavi, cari îşi povestesc pretutindeni tribulaţiile, am socotit că perdeaua trebue trasă şi spectacolul adus la lumina zilei. Specialistul nu poate să nege că la consultaţia pe care bolnavul — de multe ori cavernos, al cărui diagnostic se impune unui începător într'ale medicinei — se învoeşte s'o plătească cu „maşina" — e termenul consacrat al casei — i se dă în schimb curenţi electrici care-l fac să urle şi care-i permit lui specialistului să dea sentinţa pe tron de oracol: „aici e boala". Cum găseşte însă liga „care face toate sacrificiile materiale şi morale (?) spre a propaga în populaţie cunoştinţele necesare ca să se poată apăra contra boalelor şi spre a ajuta pe bolnavii săraci ce fac apel la ea"..., procedeele acestea bune pentru tarabele de bâlci? Cer ca într'un al doilea comunicat să mi să expună punctul de vedere al ligei asupra „maşinelor" şi o cer în interesul specialistului chiar, de oare-ce despărţit de maşinele sale şi de misterul impresionant al razelor X — în întunerecul adânc al „cabinetului medical modern" în care se plămădesc miracolele — el riscă să rămână un simplu medicastru. Seringa cu care face tratamentul specific (?) e un instrument vulgar şi banal şi dacă supositoarele cari au toate culorile curcubeului pot încă să ridice prestigiul tratamentului, electricitatea constitue — şi cu drept cuvânt — marele său titlu de glorie. Ea l-a consacrat specialist eminent.

* * *

Vorbind despre modul cum trebue înțeleasă organizarea serioasă și cinstită a luptei antituberculoase, am socotit că e o datorie să arăt educația falșă, nenorocită care să dă publicului prin procedeele eminentului specialist, cari ar fi numai ridicole dacă nu ar avea și o parte odioasă de exploatare. Liga în loc să se supere trebuea să asculte sfatul meu și să înceapă opera sa de salubritate cu secretarul său. Ea perzistă însă să se solidarizeze cu „vrednicul său secretar" până întru atâta chiar în cât dând comunicatul său nu se pierde ocazia de a se face reclamă eminentului specialist.

Se anunță într'adevăr orele de consultație ale dispensariului ligei cari se dau într'acelaș local cu cabinetul electric și „medical modern" al specialistului. Știam că în ciubote debitate într'acelaș local cu cabinetul medical modern, cumpărătorul găsește lipită pe talpă reclama specialistului și aflasem chiar că aceiași reclamă — probabil printr'o solidaritate de firme de comerț — e strecurată până și în băcănii. Pentru o circumstanță însă așa de solemnă ca cea a inventariului moral al firmei sale medicale, secretarul putea să se dispenseze să dea adresa „cabinetului său medical modern".

* * *

Inainte de a termina țin să amintesc comitetului ligei că un alt comitet, cel al societăței pentru profilaxia tuberculozei, din care fac parte medici cunoscuți și profesori universitari — profesorii Petrini-Galați, Obregia, Cantacuzino, Tomescu, Proca — a găsit că se impune ca o operă de moralizare, ca onor. domnul doctor Mitulescu, să fie îndepărtat din această societate. Execuția a fost socotită necesară din cauza reclamei scandaloase cu care onorabilul domn Mitulescu întreținea faima cabinetului său medical modern. Hotărârea aceasta a fost comunicată ziarelor la timp și nu e nici „insinuare răutăcioasă" nici „pură invențiune" a mea.

Nu crede oare liga că pentru a desăvârși „sacrificiile morale" pe cari anunță că le face „spre a ajuta pe bolnavii săraci", s'ar impune, ca o măsură logică, să ia aceiași hotărâre ca și societatea pentru profilaxia tuberculozei? Autoritatea sa morală ar fi atunci deplină ca să-și dea contribuția, în lupta mare în contra tuberculozei, pentru care, ori-ce colaborație dezinteresată, nu poate fi salutată de cât cu recunoștința și mulțumirea noastră a tuturora.

Dr. S. IRIMESCU

Pentru un analfabet

(Eracli Sterian)

Analfabetul care se chiamă Eracli Sterian, crede că-şi poate permite să fie necuvincios.

De şi-l credeam înecat în apa de mare sau în ori-ce caz prea ocupat cu romanele senzaţionale intitulate „Educaţia sexelor“, „In noaptea nunţei“, şi alte pornografii, el socoteşte că utilizând raportul d-lui doctor Minovici asupra sanatoriilor, a găsit momentul să răsufle — lecţia primită cu apa de mare îi stă încă pe stomac — şi să dea drumul grosolăniilor sale de mahala tratându-ne pe noi „funcţionarii de la Filaret“ de „incapabili“, „retrograzi“, „netrebnici“. Furia aceasta de epitete o merităm după judecata d-sale, nu atât pentru c-am fi funcţionarii unui sanatoriu hulit de d-l Minovici — în buna companie a tuturor celorlalte sanatorii din toate părţile globului — dar pentru că n'am cunoaşte şi n'am şti să aplicăm o metodă nouă (?) de tratament, prin *muncă şi exerciţii fizice*, descoperită de domnia-sa în..... „Presse médicale“.

* * *

Nu ştiu, ori câtă pornire ar avea d-l Minovici în contra sanatoriilor, dacă concursul şi colaboraţia d-lui Sterian îl măgulesc? D-l Sterian care citează tot timpul pe „distinsul său amic, profesorul Mina Minovici“ nu face însă în realitate, de cât să utilizeze argumentaţia din raportul d-sale. E drept că are şi o parte originală, aceea de a ne trata cu o deosebită eleganţă de „netrebnici“ etc. Incolo totul e frazeologia d-lui Minovici, vulgarizată pentru cititorii „Medicinei populare“. Chiar epitetul de „funcţionari“ pe care ni-l dă, aparţine tot d-lui Minovici — să dăm Cezarulu ce e al Cezarului — şi e luat nu din raport dar dintr'un faimos interview al d-lui Minovici, la care am răspuns la timp, aşa cum trebuia să răspund.

* * *

Dacă-mi dau osteneala de a vorbi de articolele din „Medicina populară" de la 15 şi 22 Decembrie, relative la sanatorii, e ca să arăt d-lui Minovici că atunci când a publicat raportul său — lucrare pripită, care a voit să fie originală, dar din care reese o comprehensiune cu totul incomplectă a modului cum trebue să fie dusă lupta antituberculoasă — pe lângă c'a putut să dezorienteze publicul ignorant a dat ocazie şi analfabeţilor să exploateze cu o vădită rea credinţă, în reviste aşa zise de vulgarizare cu cari se intoxichează publicul, o chestiune pe care ei o ignorează cu totul.

La raportul d-lui Minovici am răspuns deja în „Adevărul" de la 27 Iunie, în acelaşi ziar, în care, raportul acesta fusese comentat, fără să se reproducă şi replica energică a profesorilor Cantacuzino şi Proca. Răspunsul meu a fost inserat şi în „Revista Ştiinţelor Medicale" în numărul său din Iunie. Am arătat cu această ocazie, dând fapte şi cifre, cât de greşită e argumentaţia d-lui Minovici. Cum însă, chestia sanatoriilor şi a luptei antituberculoase în general, are o deosebită importanţă îmi propun să revin cu mai multe amănunte asupra aceluiaşi subiect. Voi arăta atunci, din nou, că d-l Minovici a abuzat de demnitatea sa de secretar al societăţei pentru profilaxia tuberculozei, încercând să discrediteze o operă ca cea a spitalului de izolare şi a sanatoriului de la Filaret, care e în plină prosperitate şi unde rezultatele obţinute nu numai că susţin comparaţia, dar întrec chiar pe cele ale instituţiilor similare din alte ţări, după cum reiese din rapoartele amănunţite publicate pentru ultimii trei ani.

* * *

Cu analfabetul Eracli Sterian, care băigueşte citând din „Presse Médicale" un articol a lui Romme despre exerciţiile şi munca fizică încercată în sanatoriul de la Frimley, somându-ne să-l aplicăm şi noi — sau dacă nu să „plecăm de la sanatoriu" — şi să renunţăm la cura prin aeraţie, alimentaţie şi repaos, nu-mi voi pierde timpul de a discuta.

Să afle însă analfabetul că dacă dispreţuim tratamentele şarlataneşti şi ridicole, ca cele cu apă de mare, am ştiut tot-deauna să dăm atenţia necesară încercărilor serioase făcute aiurea. N'am aşteptat articolul lui Romme, ci cu mult înainte — încă de la începutul anului 1909 — de oare-ce văzusem — cu ocazia congresului din Washington de la 1908 — metodul acesta aplicat în sanatoriile din Statele-Unite, am căutat să-mi dau seama întru cât munca fizică e suportată de tuberculoşi.

Exerciţiile fizice la cari pot fi supuşi unii tuberculoşi — şi analfabetul ar putea să ştie, cu toată ignoranţa sa, că bolnavii primiţi la Filaret care e înainte de toate un spital de izolare nu un sanatoriu propriu zis (80°/₀ aparţinând gradului III) sunt puţin apţi pentru ele — nu înseamnă revoluţionarea sistemului de tratament igieno-dietetic. Munca treptată se face în intervalul orelor de cură, şi cura consistă în *aeraţie, alimentaţie* şi *odihnă*, alături de tratamentul simptomatic şi alături de tuberculine, când tuberculinele sunt indicate. Analfabetul să nu se grăbească deci să lanseze un nou tratament, după falimentul celui cu apă de mare.

Revistele de vulgarizare, cari nu prezintă aspectul complect al unei chestiuni — presupunând chiar că ele ar fi redactate serios şi cinstit şi nu e cazul revistei omului cu apă de mare — au o acţiune nefastă, de oare-ce răspândesc noţiuni eronate în publicul mare. E greu însă de remediat contra acestui rău, de oare-ce e o chestie de conştiinţă pentru cei cari conduc ast-fel de reviste şi nu voi avea naivitatea de a face apel la conştiinţa omului cu apa de mare.

Ar face însă bine acest domn, căruia se vede că lecţia de anul trecut, când credea că poate să transforme apa de mare în apă de aur nu i-a fost de ajuns, să rămână de ocamdată la noua sa specialitate şi să continue seria romanelor senzaţionale: „In noaptea nunţei" etc., de oarece-l anunţ în mod caritabil, că dacă crede că se poate incumeta la o discuţie ştiinţifică, nu numai eu, dar nimeni socotesc, nu-şi va pierde timpul să-l ia în serios.

FAPTE CLINICE

SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA“

Serviciul chirurgical al d-lui medic colonel Dr. M. CĂLINESCU

D-rii V. GOMOIU și AL. MITREA

Plagă prin armă de foc în regiunea precordială; plagă perforantă a pulmonului stâng; sutura pulmonului; vindecare

Cu toate că chirurgia toracică a redevenit o chestiune de ordinea zilei, noi nu avem intențiunea de a întreprinde aci un studiu detaliat asupra ei, aceasta, fiind-că, în afară de numeroasele lucrări produse în streinătate, chiar aci la noi, pe lângă numeroasele cazuri izolate, comunicate societaței de chirurgie, această chestiune și în special chestiunea plăgilor toracice care ne preocupă mai de aproape în cazul de față, a servit ca subiect al tezei inaugurale d-lor Dobrinescu și Mitrea, iar mai de curând încă d-l dr. Poenaru a făcut asupra ei un frumos studiu de ensamblu („Revista de chirurgie“ No 5 din Mai, 1909). Ne vom mulțumi să redăm aci aproape numai observațiunea clinică a cazului pe care am avut ocaziune a’l opera, căci prin felul de a se prezenta și prin rezultatul pe care l’am obținut, acesta servește ca un prețios document în sprijinul concluziunilor cari tind a fi din ce în ce mai acreditate, în ceea ce privește conduita chirurgului în asemenea cazuri.

Este vorba de un tânăr anume Gr. Const., în etate de 21 ani, de profesiune pictor, care, din motive pe cari nu avem nici dreptul nici necesitatea a le discuta, în ziua de 13 August 1909, ora 12 a. m., încearcă a se sinucide, trăgându-și un glonte de revolver calibru 6, în regiunea precordială.

Bolnavul a fost adus aproape imediat, de sanitarii spitalului, pe un brancard și transportat direct în serviciul de chirurgie.

Prin examenul sumar pe care l'am putut face, se constată, de la prima inspecţiune, paloarea extremă a bolnavului, faţa acoperită cu sudori reci, ochii înfundaţi. Dispnee foarte intensă numărând 40—44 respiraţii pe minut; respiraţia scurtă, sacadată şi cu oare cari stanţe destul de prelungite. Pulsul foarte frequent, aproape nenumerabil, mic, aproape imperceptibil şi cu intermitenţe mari. Numai câte o rugăminte „de a fi lăsat să moară“ întrerupe din când în când gemetele grele şi continui ale bolnavului. Setea adâncă îl face să reclame mereu apă de băut; extremităţile îi sunt reci; bolnavnl are tendinţa la collapsus.

Spintecându-i hainele, se constată local, în regiunea precordială, la nivelul coastei a V-a, exact la 2 ctm. inăuntrul mamelonului stg., un orificiu (de intrare al proectilului) destul de regulat, cu diametrul de 1 ctm., cu marginile foarte puţin zdrenţuite, prin care se scurge continuu — atât în expiraţie, cât şi în inspiraţie — o cantitate abondentă, (aproape en jet) de sânge roşu şi spumos; cantitatea considerabilă de sânge scurs, imbibase hainele şi brancardul pe care fusese transportat bolnavul.

Percuţiunea ne arată o matitate absolută care ocupă o zonă de 4 degete la baza emitoracelut stâng, şi care nu suferă nici o deplasare. Matitatea precordială mărită; cordul însă nu pare deplasat. Spaţiul lui Traube mat.

In felul cum respiră bolnavul, auscultaţia nu ne procură aproape nici un semn diagnostic conchizător; murmurul respirator dispărut în zona precitată; bătăile cordului sunt când tremurătoare şi slabe iar altă dată nu se mai aud de loc.

Am făcut imediat o sterilizare pe cât mi-a fost posibil de riguroasă a regiunei, am protejat plaga printr'un pansament aseptic şi am aplicat bolnavului un bandaj în aşa fel ca să-i imobilizez puţin toracele şi l'am aşezat în poziţia şezândă, asigurându-i un repaus absolut. Apoi, fiind vorba de un pacient civil, adus în spitalul militar, înainte de a mai lua ori-ce alte măsuri, pentru a nu călca nici dispoziţiunile reglementare pe cari, spre bunul mers al lucrurilor, suntem ţinuţi a le respecta, am anunţat autoritatea în drept, ţei, care ne-a dat toată latitudinea, fiind o chestiune în sarcina şi de competinţa medicilor.

Cu toată lipsa unei emoptisii, pneumotoraxul fără emfisem, emotoraxul abundent şi cantitatea considerabilă de sânge pierdut, ne-a făcut să bănuim că, pe lângă o rănire a intercostalei, care era cea mai aproape de acuzat, aveam de a face cu o plagă a pulmonului însuşi. Apoi, pulsul frequent, mic, aproape imperceptibil şi cu intermitenţe mari, ştergerea sgomotelor cardiace fără deplasarea cordului, ne făcea să credem că există chiar o rănire a cordului.

Faţă cu afirmaţiunile şi recomandarea majorităţei chirurgilor, ne-am gândit în primul moment să stăm în expectaţiune armată, dar, pe de-o parte agravarea progresivă şi repede a stărei bolnavului, iar pe de alta autorizaţi fiind, primul, prin experienţa dobândită în cazurile în cari am intervenit ca chirurg ajutor, iar cel de al doilea prin experienţele făcute pe animale, şi sprijiniţi de concluziunile celor ce recomandă în asemenea cazuri intervenţiunea de urgenţă, am decis operaţiunea.

Se administrează bolnavului o mică cantitate de cloroform, de către d-l medic sublocotenent Nicoleanu şi se face o nouă sterilizare a regiunei de operat.

Apoi, contrar procedeelor obişnuite, am făcut o incisiune semilunară, urmărind plica mamară sau pectorală. Am constituit ast-fel dintr'o singură lovitură de cuţit, un lambou cutaneo-muscular, pe care, printr'o a doua trăsătură de cuţit, l'am deslipit puţin de pe torace. Am căzut imediat pe coasta a V-a, pe care am găsit-o perforată şi zdrobită în jumătatea ei inferioară; am deperiostat-o, şi am rezecat-o pe o întindere de 6—8 ctm., secţionând-o foarte aproape de inserţiunea ei sternală. Am incisat apoi pleura dealungul patului costal, trecând chiar prin orificiul de intrare al proectilului şi ast-fel mi-am creat uşor o cale foarte largă, prin care am putut explora bine atât pericardul cât şi pulmonul.

Imediat ce am deschis cavitatea pleurală, un val puternic de sânge a isbucnit afară, iar după aceea am constatat prezenţa unei mari cantităţi de chiaguri, formate la baza toracelui şi care, pe de o parte înglobau pericardul opunându-se chiar escursiunilor cordului, iar pe de alta împinseseră mult în sus pulmonul stâng. După evacuarea acestor chiaguri abia am putut să ne dăm bine sema că pericardul era intact, dar în schimb am descoperit, pe lobul inferior al pulmonului, care acum căuta să evadeze prin plaga creată, am constatat existenţa unei plăgi perforante, cu orificiul de intrare de $1^1/_2$—2 ctm. diametru, cu marginile destul de regulate, situat pe faţa antero-externă a lobului inferior, iar orificiul de eşire, situat pe faţa lui inferioară (diafragm), era reprezentat printr'o adevărată ruptură care ocupa o suprafaţă de aproape 4—5 ctm. lungime pe $2—2^1/_2$

ctm. lățime; această ruptură sângera încă în abondență. Am atras pulmonul în plagă, am suturat prin fire întrerupte ambele orificii (de intrare și de ieșire ale. proectilului); emoragia pulmonară s'a oprit imediat. Am curățit bine cavitatea pleurală de sânge, ștergându-o cu comprese sterilizate. Apoi, neputând obține nici un indiciu asupra situațiunei reale a glontelui, am renunțat de a-l urmări și am procedat la închiderea plăgei toracice, după ce mai întâi am legat intercostala V-a, rănită prin plesnirea coastei; am suturat prin fire separate pleura toracică (pe cât am putut-o apropia); am aplicat mnșchiul pectoral înaintea acestei plăgi și l-am suturat la porțiunea lui de inserțiune rămasă aderentă, iar pe deasupra am închis complect plaga tegumentară cusînd pielea prin fire separate dè setolină.

Find încă pe masa de operație, s'a făcut bolnavului, o injecțiune subcutantă cu 1.000 grame serum artificial iar după aceea se așează în repaos absolut.

Peste zi i se administrează poțiunea Todd cu cafeină și limonadă fosforică.

Seara: temp. 38^2; pulsul 110; respirația 38 pe minut. Se face o nouă injecțiune cu 800 gr. serum artif.; se administrează eroina (în sol de apă lauro-cerasi 0.10/20 gr.) In cursul nopței face din când în când inhalații cu oxigen.

14 Aug. dimineața: temp. 38, puls 112, respirația 36.

Bolnavul tușește puțin. Murmurul respirator nu se aude aproape de loc în pulmonul stâng, dispnea persistă încă.

Se administrează infusia de poligală, cu cafeină. Se fac fricțiuni stimulente. Injecțiune cu 400 gr. serum alimentație lactată. Se așează în poziție ridicată.

Seara: Temp. 39^1, puls 108, respirația 38.

Dispnea persistă, tusea e mai accentuată. La auscultație se percepe câte-va raluri în pulmonul stâng, la nivelul unghiului omoplatului. Percuția nu ne dă nici un semn diagnostic precis: sonoritate în tot emitoracele stâng. Se aplică bolnavului câte-va ventuze, se repetă poțiunea Todd.

Peste noapte, dispneea accentuându-se, i se dau câte-va picături de soluție de eroină.

15 Aug. dimineața: Temp. 39, puls, 110 respir. 34. Se constată un focar net de pneumonie, la nivelul unghiului, omoplatului.

Se aplică o serie de ventuze pe tot emitoracele stâng; se administrează infuzia de digitală (1/120) cu sirop de scila.

Seara: Starea bolnavului e aproape neschimbată.

16 Aug. dimineaţa: Suflu tubar foarte clar; respiraţia începe a se auzi şi în restul pulmonului stâng. Pântecile bolnavului e balonat şi dureros; limba uscată. Se administrează un purgativ şi o clismă, care-l servesc bine. Se repetă infusia de digitală.

Seara: Temp. 38^4, puls. 106, respiraţia 30.

Dispnea s'a mai amendat. Bolnavul trece noaptea mai liniştit.

17 Aug. Starea generală a bolnavului e mai îmbucurătoare. Expresiunea mai vie. Suflul tubar diminuat; dispnea mai uşoară. Bolnavul nu mai acuză nici o durere.

18, 19. Starea bolnavului merge continuu ameliorându-se.

20 August. Se scot firele de sutură şi se constată reunire per primam a plăgei toracice. Sonoritatea emitoracelui stâng normală; respiraţia se aude în toată întinderea lui. Bolnavul umblă.

Peste zi, bolnavul are uşoară emoptisie?

21 August. In axilă se constată oare-care matitate; murmurul vesicular dispărut şi raluri crepitante.

Se administrează din nou infusia de digitală.

In câte-va zile starea pulmonului bolnavului revine la normală, dar, a fost reţinut în serviciu din cauza afecţiunei cardiace de care sufere de mult timp şi care, prin agravarea ei, îl împinsese la suicid.

— Am zis la început că, prin el singur şi fără nici un alt comentariu, cazul de faţă constitue un document, cel puţin pentru mărirea statisticei celor ce recomandă intervenţia de urgenţă în traumatismele pulmonare. In adevăr din Sec. XVII şi până astă-zi, părerile au fost tot atât de diferite în ceea-ce priveşte chestiunea dacă trebue să se intervină sau nu în asemenea cazuri.

Teoreticeşte, astă-zi se zice că: dacă toţi chirurgii admit deschiderea abdomenului pentru plăgile penetrante; dacă admit deschiderea toracelui pentru pleurezii purulente, abcese, gangrenă, kyste, etc. ale pulmonului; dacă chirurgia cordului, intrată în practica curentă, dă succese neînchipuite, de ce dar plămânul rănit n'ar beneficia şi el cât mai mult de chirurgia aseptică? Ce ne opreşte dar de a deschide o pleură sănătoasă şi a face emostasa directă pe un plămân rănit dar cu parenchim sănătos, atunci când clinica ne indică o emoragie internă gravă sau mortală, prin abondenţa şi persistenţa ei?

Majoritatea celor vechi, lipsiţi fiind de asepsie, susţineau cu drept cuvânt abţinerea. Mai târziu însă, cestiunea devine cu atât mai discutată, şi după rezultatul obţinut în unul sau două cazuri, prin intervenţie sau abţinere, fie care chirurg a căutat să'şi exprime o opiniune susţinând intervenţia în toate cazurile sau abţinerea în toate. Şi astă-zi încă mai sunt chirurgi care se declară contra intervenţiunilor pentru plăgile pulmonului — chirurgi, din fericire mai bătrâni, după cum afirmă cu oare-care maliţiositate D-l dr. C. Poenaru, la pag. 263. Aceleaşi nume ilustre găsim de o parte ca şi de cealaltă, iar ce este mai curios, găsim chirurgi de valoare, susţinând când intervenţia, când abţinerea.

Dacă căutăm a judeca chestiunea numai după statisticile numerice, suntem puşi în imposibilitate de a ne asocia la o părere sau la alta; mai mult încă, numerile par să pledeze în favoarea abţinerei.

Robinson, Küttner, Kholine, Zeldovitch, Pavlowski, etc. spun că în războiul Filipinelor, cel sud-african, cel ruso-japonez, etc. au văzut indivizi cărora glonţul le-a străbătut toracele şi totuşi au continuat să-şi facă serviciul.

La prima vedere s'ar părea deci că abstinenţa trebue să fie conduita ori cărui chirurg în asemenea cazuri.

Cercetând însă mai aprofundat chestiunea, vedem că mortalitatea după abstinenţă este de 90°/₀ (în războiul Crimeei), 80°/₀ (în acel al Franţei), 60°/₀ (în al Americei), etc. de 62°/₀ (după Richter), 40°/₀ (după Garré, pe 700 cazuri), etc. pe când în cazurile în care s'a intervenit, ea nu trece de 30°/₀.

Afară de aceasta, nu trebue să judecăm chestiunea după acea ce se petrece în războiu, fiind-că acolo nu este nici timpul necesar de a se interveni şi nici mijloacele indispensabile. (In războiul ruso-japonez, medicii japonezi au avut de la început, ordine. exprese, ca să nu intervină nici în plăgile abdominale, şi cred că astă-zi, în spitalele noastre, în timp de pace, nimeni nu mai recomandă această abţinere).

Pe de altă parte, trebue să ţinem seamă după cele ce au arătat d-ni prof. Demostene, Robinson, Potârcă, etc. că proectilele moderne de războiu, dau plăgi mici aseptice, care se închid uşor sub influenţa elasticităţei parenchinului pulmonar, pe când în practica curentă întâlnim de obicei plăgi, produse voluntar sau involuntar, cu câte o scumpă moştenire de la strămoşi.

In sfârşit, dacă examinăm aparte fie-care din cazurile publicate, vedem că mortalitatea se datoreşte cele mai adesea infecţiuni, iar une ori unei technice nu tocmai perfectă. Aşa de pildă, Quenu spune că bolnavul a fost operat de intern, care a găsit o lesiune minimă a plămânului, şi a suturat-o iar a treia zi a sucombat de hemotorax; de aci conchide dânsul că operaţia nu este tocmai uşoară şi că abstenţiunea este mai de recomandat.

Ori, astă-zi toţi intervenţioniştii, de comun acord, pun ca prima şi indispensabilă condiţiune: asepsia riguroasă şi o technică chirurgicală perfectă.

Mai mult încă, cerem să nu fim aspru judecaţi dacă îndrăznim să afirmăm că chirurgia pulmonului, ca şi a cordului, nu permite să faci planuri cu cuţitul în mână ori s'o citeşti în sala de operaţie şi dacă nu eşti familiarizat cu ea, mai bine să te faci partizan al abţinerei sau cel puţin al temporizărei.

Lipsa de mijloace este iarăşi o contra indicaţiune destul de importantă pentru intervenţia imediată, căci, chiar dacă, în entuziasmul chirurgical sau juvenil vei reuşi să practici operaţia cu un cuţit, un ac şi o aţă de mosor, dar vei avea bolnavul pe conştiinţă dacă 'ţi va sucomba de septicemie, sau de un emotorax, ca acel al lui Quenu.

In cazul nostru, am avut de învins unul din cele mai mici neajunsuri — din lipsă de fire, am fost nevoiţi a întrebuinţa în toată operaţia numai fire de catgut Triolet No. 3 — şi am avut de regretat atât noi, dar mai ales bolnavul, consecinţele lui, căci a 26-a zi au început să se elimine din firele cari încă nu s'au resorbit.

Este apoi o chestiune de mare importanţă care a fost pusă atât de abstenţionişti cât şi de intervenţionişti — este indicaţia operatorie.

Cei dintâi susţin ca nu poţi să ştii dacă emoragia e produsă de ruptura pulmonului sau de vasele intercostale şi ca atare trebue să ne abţinem. Din contră, intervenţioniştii spun că, o emoragie intercostală poate fi şi ea mortală şi ca atare intervenţia se impune.

Ori, în acest din urmă caz, intervenţia largă toracică se face numai pentru a goli chiagurile din pleură şi a o expune poate la o infecţie; ori atunci, merită ca, pentru o intercostală ruptă să faci o toracotomie aşa de largă şi să rezeci atâtea coaste pentru a crea acel lambou toracic în U admis de mai toţi chirurgii?

Iată pentru ce, am aplicat aci o technică, cum am văzut, cu totul deosebită şi care merită, credem, toată importanţa.

Prin simpla incizie, făcută dealungul mărginei inferioare a pectoralului şi care se ascunde perfect sub îndoitura lui, fără a zugrăvi toracele cu acel U, putem descoperi coasta sau spaţiul intercostal interesat de proectil şi poate să constatăm dacă emoragia e dată de intercostala rănită. In caz de nu ajungem la acest rezultat, rezecţia subperiostală a coastei, ne descopere câmpul şi mai bine, şi lucrul e mai uşor de constatat.

Ligatura se poate face și în primul și în al doilea caz cu destulă ușurință. Dacă cele constatate nu ne explică emoragia abondentă intra-pleurală, deschidem larg pleura dealungul jghiabului costal, cruțând ast-fel vasele și nervii intercostali. Calea deschisă în acest mod ne-a părut, cel puțin în cazul de față, destul de largă pentru a face o inspecțiune complectă a pericardului și pulmonului, iar dacă în altele e insuficientă, rezecția unei a doua coastă o va lărgi în deajuns, căci cu tot pneumotoraxul creat, în timpul mișcărilor de inspirație, pulmonul singur vine sa evadeze prin plaga pe care ai făcut-o.

Odată ce ai desehis larg toracele, nu'ți mai este permis să pui posibilitatea unei hemostase „imperfect“ făcute, care să necesite toracenteze și un tratament post-operator îndelungat și tot atât de îngrijitor ca și operația, căci unul din avantagiile și chiar din scopurile acesteia este, de a scurta durata tratamentului. Ai găsit un orificiu de intrare și'l suturezi, cauți să vezi dacă nu este și altul de eșire, (ca în cazul de față), care ar putea să întrețină emoragia ; ștergi cavitatea pleurală cu comprese aseptice, te asiguri că nu mai sângerează de nicăeri și atunci închizi. Mușchiul pectoral, reaplicat și cusut la inserția lui inferioară, acopere complect delabrarea pleuro-costală.

Terapeutica post-operatoare este mai mult de ordin medicale, a'i administra tonice, injecțiuni cu serum etc. Cazul de față, ca și multe altele, ne arată că nici aspirațiunea ulterioară a aerului din pleură nu este indispensabilă. Technica îngrijită cruță organele și țesuturile iar curățenia perfectă evită infecțiunea. Singura cauză di-complicații, contra căreia este greu de luptat, este acea că proectilul, (dacă e vorba de armă de foc) în trecerea lui, duce cu ei bucăți din vesminte pe cari le aruncă în pleură sau le implantează în parenchimul pulmonar și în mod firesc dau naștere la infecției căci indivizii nu prea au grije a trece la etuvă înainte de a prim: beneficiul armei (1).

---

(1) Cu toute că puncțiile pleurale multiple și repetate au arătat absența oricărei supurațiuni pleurale, totuși am întâmpinat o dificultate enormă în vindecarea traectului prin care s'au eliminat firele.

La 14 Noembrie bolnavul vine cu dureri la unghiul inferior al omoplatului stâng. Am făcut radiografia și am constatat acolo prezența glontelui, așezat între mușchi, în spațiul intercostal. Am incizat și l'am extras, sub anestesie locală cu cocaină.

CRONICĂ DE MEDICINĂ MILITARĂ

Medic Colonel Dr. MIHAIL CĂLINESCU

DARE DE SEAMĂ

DE

MERSUL BOLNAVILOR DIN SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA“ IN CURSUL LUNELOR OCTOMBRIE și NOEMBRIE 1909

In decursul acestor 2 luni s'au dat ingrijiri medicale la 1906 bolnavi cu un număr de 20258 de zile, bolnavii au fost repartizați pe servicii după cum urmează:

Serviciul Medical cu un număr de 565 de bolnavi, a avut 67 cazuri de *Febră-Tifoidă*, majoritatea lor au fost evacuați serviciului de boale contagioase îngrijindu-se în serviciu exclusiv cazurile ușoare: formele abortive și ambulatorii. — Două cazuri mortale cu formă ataxo-adinamică: Unul cu debut Pneumonic, clarificarea semnelor clinice de febră tifoidă după 8 zile; în a 14-a zi face perforație și peritonită consecutivă, sucombă după 5 zile; la autopsie s'a găsit între altele: pe intestinul subțire 3 perforațiuni de mărimea unei piese de 50 bani, cu marginele rotunde, netede și foarte regulate, puroi și falșe membrane friabile în peritoneu iar pe endocard la nivelul valvulei mitrale o ulcerațiune de mărimea unui bob de linte.— Trei-zeci și cinci cazuri de *Pleurezie seroasă* cu formula leucocitară a liquidului în majoritatea cazurilor exclusiv limfocitară; numai în rari cazuri, unde toracenteză de urgență se impunea, se extrăgea liquidul; în majoritatea cazurilor rezorpția exudatului se obținea numai cu tratament medical. — Un caz inportant de *mielită acută sifilitică* în urma unui sifilom primar cu 2 ani înainte: intră în serviciu cu paralizie, și anestezie complectă a membrelor inferioare retenție de urină, constipație-opiniatră. — S'a instituit un tratament energic anti-sifilitic cu salicilat de mercur; după 5 injecţii ca 10 ctgr. bolnavul se prezintă prea puţin ameliorat. — Intr'un caz mortal de Pneumonie cazeoasă dreaptă s'a găsit la autopsie pe lângă hepatizarea complectă a Pulmonului drept un exudat purulent abundent în Pleură şi Pericard.

In **Divizia Mixtă-Oculistică** s'au îngrijit 326 bolnavi atinşi de afecţiuni foarte variate; în acest serviciu fiind şi salonul pentru deţinuţi.—Cinci cazuri de miopie forte datorite în mare parte leziunilor întinse coroidiene, a'u justificat reforma.

Un caz de coroidită pigmentară cu subluxaţia congenitală a cristalinului va face obiectul unei comunicări ulterioare.—Intr'un caz de deslipire a retinei ochiul drept era ambliop din care cauză soldatul a şi fost reformàt.

Trei cazuri de Tuberculoză-Pulmonară (toţi deţinuţi) au fost reformaţi cerându-se graţierea lor.

S'a făcut sutura în două puncte într'un caz de pterigion reducându-se de pe cornee.

In **serviciul Chirurgical** s'au tratat 253 bolnavi s'au efectuat 70 de operaţiuni din care 1 sub cloroform, 57 rachistovainizări, 5 cu stovainizări locale, 6 cu clorur de etil, 1 fără anestezie; pentru următoarele afecţiuni:

Chist al cordonului	3
Varicocel	8
Ectopie Testiculară	2
Eventraţie bilat	1
Varice	1
Ernie inguinală	40
„ „ stangă	1
„ Crurală	1
Sinovită a mâmei	1
Chist sebaceu	1
Amigdalotomii	2
Suturi de plăgi şi diferite	9

Alte 60 de intervenţiuni pentre diferite afecţiuni Chirurgicale mai mici cu anestezie locală sau rachistovainizare.

Odată cu sosirea recruţilor majoritatea cazurilor de tratament înserviciu o formează erniile inguinale. Am întâlnit în cursul lunei mai toate varietăţile de ernii descrise în tratatele clasice: epiplocele şi euterocele aderente sau nu, epiploite, ernia colonului, ernia apendicelui; într'un singur caz am avut enterocel strangulat.— Caz rar a fost o dublă ernie inguinală şi crurală în acelaşi timp cu 2 saci separaţi şi un euterocel.

Procedeul operator întrebuinţat este o uşoară modificare a procedeului lui Mugnai, prin desfiinţarea inelului inguinal profund.

Un singur caz letal cu strangulaţie intestinală internă cu torsiunea mezeuteriului.

Intr'un caz de ernie apendiculară, apendicele a fost rezecat sub peritoneal (Proc Gosset).

Un caz de pancreatită acută; epigastralgie disociaţie între puls şi tenperatură, coloraţia, subicterică a conjunctivelor, urinele de coloare închisă icterică, mai în urmă durerile sau localizat în punctul pancreatic a lui Deieulafoye. —Examenul sângelui pe lângă o polinucleoză intensă avea un număr de 3.800.000 globule roşii numai; Culturile din sânge în cantităţi mari de bulion au rămas sterile.

I-s'a aplicat bolnavului un tratament simptomatic, regim lactat, şi pancreatină asociată cu pepsină; bolnavul ese vindecat.

In **serviciul boalelor Contagioase.** Febra-Tifoidă a ocupat aproape în întregime numărul paturilor; din 104 bolnavi cari s'au perindat în serviciu în decursul acestor 2 luni, 76 au fost Tifici cu toate formele, şi cu tot felul de complicaţiuni, mortalitatea a fost de $8^0/_0$—Tratamentul a fost exclusiv acel a lui Brand băile reci de 18°-22°, erau date şi până la 11-12 în 24 oare în cazurile grave, în care temperatura să menţinea în tot cursul zilei la 40°.

Se asocia băuturi în cantităţi mari şi desinfectante intestinale. —In 5 cazuri cu enteroragii însemnate şi repetate, serul de cal normal proaspăt, încălzit la 55° eşa eficace se făcea o singură injecţiune de 20 cm. ser; numai în două cazuri a fost nevoe să se repete doza a 2-a'zi.—Intre cazurile cu enteroragii nici unul cu sfârşit letal.—Injecţiunilor cu ser de cal se asociau şi injecţiuni cu cantităţi mari de ser fiziologie $7^1/_2{}^0/_{00}$. — pentru a contra balansa pierderile însemnate de sânge.—Un caz complicat cu *parotidă supurată* a necesitat o deşchidere şi o contra deschidere şi punerea unui tub de dren, colecţia erea foarte profundă şi a ţinut bolnavul convaleşcent în spital încă 25 zile; vindecare complectă.

Şase complicaţiuni cu Flebită în 2 cazuri duplă însoţite de tumefierea ganglionilor înguinali de aceia-şi parte.

Imobilizarea aduce în mod constant rezoluția procesului între 10 și 15 zile? bolnavii rămâneu cu ușoară atrofie musculară, care nu era nici întrun caz perzistentă. Intr'a 21-a zi a unui caz, care evoluase până atunci în mod quași normal au început vărsături bilioase incoercibile; cea mai redusă alimentație și chiar fără a se da nimic bolnavului, provoca vărsături, cari au cașectizat ast-fel bolnavul că rămăsese numai o umbră, pulsul abia se mai simțea, era însă regulat temperatura în tot timpul sub 36^7. Bolnavul în tot acest interval era ținut cu injacțiuni de ser fiziologie, cafeină și oleu canforet în cantități însemnate, clisms alimentare. La un moment dăt a început să aibă și un grad de excitație cerebrală, avea halucinație etc. Turburarile dispeptice, au ținut 6 zile când bolnavul a făcut și o ascenziune termică 38^5, a doua zi vărsăturile încetează, bolnavul începe să alimentexe e în afară de ori-ce pericol. Acela-și bolnav avusese înaintea acestor turburări *Flebită dublă* a membrelor infcrioare.

Alte complicațiuni au fost meningită întrun caz, pleurezie purulentă în două cazuri în ambele amicrobienă. La unul din aceste 2 cazuri care avea 2000 gr. puroi i'sa extras cu Potain-ul 1500 gr. restul exudatului s'a rezorbit, bolnavul a fost concediat. In cazurile de Dizenterie s'a intrebuințat în mod exclusiv și cu mare succes serul antidizenteric de la 20—100 cm. c. după gravitatea, cazurile uu se asocia nicl un alt tratament. Erizipelul, Scarlatina, Varicella au evaluoat în mod normal și fără nici o variantă mai remarcabilă.

In **serviciul boalelor venerice și de piele** sau tratat 628 bolnavi dintre care 250 cazuri numni de scabies nici un caz mai deosebit.

In **Secțiunea de Bacteriologie a Laboratorului** sau executat 250 lucrări clinlce, majoritate examene de sânge (Sero-diagnostic Widal.)

OTTO VOGT (Tübringen)
(*Medizinîsche Kliuik*, 1909, No. 49, 50 și 51)

Acțiunea strofantinei asupra cordului și vaselor la individul normal și la cardiaci

Autorul a studiat acțiunea strofantinei în injecțiune intravenoasă asupra cordului și vaselor, la individul sănătos și la bolnavii cu insuficiența cardiacă. Este una din lucrările asupra strofantinei cele mai complecte și care demonstră foarte bine că acest medicament bine întrebuințat dă rezultate excelente pe care nu le putem obține cu nici unul din cardiotonicele obicinuite. Cum este însă o substanță foarte toxică, nu trebue să ne servim de strofantină de cât în anumite cazuri și în doze convenabile pentru a evita acidentele.

I. *Acțiunea strofantinei asupra cordului normal*

Lucrările lui Traube, confirmate în urmă de Schmiedeberg, Gottlieb și Magnus, au arătat că acțiunea digitalei asupra presiunei arteriale este datorită pe de oparte tonificărei mușchiului cardic, pe de alta unei vaso-constricțiuni periferice.

Gottlieb și Magnus demonstră în urmă că 1—2 m. gr. strofantină Böhringer, pe kilogram de animal, provoacă la câine o vaso-construcțiune internă în domeniul splanchnicului, însoțită de o dilatație netă a vaselor periferice. Cu digitalină convalmarină și strofantina Thoms se obține aceleași efecte. Digitoxina pură însă provoacă un spasm general arterial.

După G. și M., mărirea presiunei arteriale atât de netă după njecțiunea intra-venoasă de strofantină este datorită: pe de o parte tonificarea cordului pe de alta contracțiunei arteriale din oare-cari domenii vasculare.

Se pune întrebarea dacă acţiunea vaso-constrictivă a strofantinei demonstrată la câine de G. şi M., cu doze aşa de mari, se poate constata şi la om cu doza maximă de care putem uza, cea de 1 mgr. (o doză deci care reprezintă a 70-a—160-a parte din cantitatea întrebuinţată de aceşti autori la câini).

Otto Vogt studiează amănunţit acţiunea strofantinei asupra cordului şi vaselor periferice la individul normal, anume la 9 persoane tinere (19—23 de ani) cari nu prezintau cea mai mică leziune cardiacă, cel mai mic semn de insuficienţă miocardică.

Studiul său este cu atât mai interesant cu cât este pentru prima dată când se cercetează acţiunea acestui medicament asupra cordului sănătos.

Technica. Se fixează la braţul drept aparatul lui Recklinghausen pentru măsurat tensiunea arterială. Se ia în acelaş timp curba pletismografică (la antebraţul stâng) iar prin ajutorul unui tachometru se măsoară viteza sângelui la nivelul trunchiului arterial brachocefalic.

Se practică în urmă o injecţiune de $^3/_4$—1 mgr. strofantină Böhringer şi se ţine bolnavul în observaţie 30—45 minute. Cercetările au fost făcute tot-deauna la interval de 3 ore după masă.

Iată rezultatul la care Vogt a ajuns:

1. Variaţiunile pletismografice au variat foarte puţin. Se par după Vogt, că un factor fizic poate aduce oare-cari mici variaţiuni pletimografice, cari nu sunt mai puţin însemnate de cât acelea provocate de injecţiunea de strofantină.

In adevăr înţepând numai vena, fără a introduce strofantină (bolnavul nefiind avertizat de aceasta), autorul a obţinut aceleaşi variaţiuni pletismografice ca şi după injecţiunea de strofantină.

Otto Vogt trage din aceste experienţe concluziunea că *după injecţiunea de $^3/_4$—1 mgr. strofantină nu se provoacă la om nici o schimbare în calibrul arterelor periferice.*

Aceste rezultate sunt în contrazicere cu experienţele lui G. şi M. Trebuie să amintim însă că aceşti doi din urmă autori au intrebuinţat la câine doza de 1 mgr. *pe kilogram de animal*, cantitate care este departe de cea maximă de care ne putem servi la om.

2. In ce priveşte tachograma, Vogt a obţinut totdeauna, după injecţiunea de strofantină modificări însemnate cari demonstrau o augmentare vădită a vitezei sângelui. După simpla înţepare a venei, fără injecţiune de strofantină, curba tachografică nu s'a schimbat,

ceea-ce demonstră că un factor fizic nu are nici o influență asupra acestei curbe.

In acelaș timp cu modificările tachografice, autorul a obținut o diminuare manifestă a numărului pulsațiunilor cordiale.

3. Presiunea arterială se mărește la individul sănătos după injecția de strofantină. In 3 cazuri presiunea arterială s'a mărit de la 135 la 158, 10 minute după injecțiune, iar amplitudinea (diferența între presiunea maxima și minimă) de la 70 la 88. Presiunea arterială revine în general la normală după $^3/_4$ oră, adică la finele experienței.

Concluziune generală. O. Vogt *ajunge la convingerea fermă că strofantina în doza care se întrebuințează la om, nu are nici o acțiune periferică și că mărirea presiunei arteriale este datorită pur și simplu unei tonificări a contracțiunei cardiace.*

II. In a doua serie de cercetări autorul expune rezultatele obținute la 40 de bolnavi cu insuficiență cardiacă mai mult sau mai puțin pronunțată.

Numai în puține cazuri a putut cerceta în acelaș timp variațiunile platismografice, tachografice și presiunea arterială, de oare-ce bolnavii nu puteau sta un timp suficient destul de imobili, ceea-ce impedica înscrierea curbelor.

La unul din bolnavi, care avea simptomele unei insuficiențe cardiace cronice, a observat că pe când presiunea arterială a augmentat de la 175—195 (Racklughaum), iar tachograma a prezintat oscilațiuni mult mai mari, curba pletismografică nu a arătat aproape nici o modificare. Aceleași diferențe au fost constatate de asemenea într'un al doilea caz.

In urma acestor rezultate, Otto Vogt *ajunge la concluziunea că strofantina nu are nici o acțiune periferică, nici la indivizi normali, nici la cei cari prezintă fenomene de insuficiență cardiacă.*

In afară de aseste cercetări, autorul expune încă rezultatele, în majoritatea cazurilor excelente, obținute prin injecțiunile intravenoase de strofantină la cardiaci. Cercetările sunt întreprinse pe o scară întinsă (40 de bolnavi cu insuficiența cardiacă care s'au prezentat la policlinica din Tübingen).

In nici unul din aceste cazuri, întrebuințând medicamentul cu prudență, autorul n'a avut de înregistrat nici un accident. Ca rezultat imediat, Vogt descrie observațiunea unui bolnav care prezintă semne de insuficiență cardiacă.

Presiune artărială maximă 135 (Recklinghauin), amplitudinea 20. Cantitatea de urină de 24 ore 875 cc. Bolnavul era dispneisant, foarte cianozat și prezinta edeme generalisate pronunțate.

Câte-va minute după injecția de 1 mgr. de strofantină presiunea s'a mărit la 155, iar după $^1/_2$ oră la 190 cu o amplitudine de 60).

Cantitatea de urină de la 875 c. c. în 24 ore, a augmentat în ziua următoare la 2050 c. c. Dispnea și cianoza ca și edemiea au dispărut în zilele următoare.

Rezumând resultatele sale, *Otto Vogt* ajunge la următoarele concluziuni:

1) *Strofantina în doza terapeutică nu are nici o acțiune asupra vaselor.*

2) *Această substanță are o acțiune foarte manifestă asupra mușchiului cardiac pe care-l tonifică. Acțiunea sa este foarte rapidă, de oare-ce la unii bolnavi se poate constata o mărire a presiunei arteriale câte-va minute chiar după injecțiune.*

Augmentarea presiunei arteriale, ca și toate cele-lalte efecte ale sale, sunt datorite numai unei acțiuni asupra miocardului.

In clinică strofantina dă rezultate excelente la bolnavii cu insuficiență cardiacă și întrebuințată cu prudență, nu dă loc la accidente.

D. DANIELOPOLU

LUNA MEDICALĂ

DARE DE SEAMĂ

asupra
Lucrărilor secţiunei ginecologice şi obstreticale, la congresul internaţional
de la Budapesta, ţinut în Septembrie 1909.

Chestiunile puse la ordinea zilei, au fost următoarele:

I. *Tratamentul febrei puerperale.*
II. *Miomul şi sarcina.*
III. *Narcoza în ginecologie şi obstetrică.*
IV. *Tratamentul basinelor strâmte.*
V. *Terminarea facerei prin dilatarea rapidă a colului.*
VI. *Apendicita şi boalele anexelor.*
VII. *Operaţiunea cancerului uterin.*
VIII. *Nidaţiunea oului.*

I. Tratamentul febrei puerperale.

O. v. Herff (Bâle). — Terapeutică specifică eficace a bacteriemiei nu există. E mai multă nădejde de a obţine o dezintoxicare a organismului prin mijloace dietetico-fizicale producând o hiper-leucocitoză

Focarele purulente trebuesc, bine înţeles, deschise. Chestiunea, dacă ligatura vaselor este în stare de a scădea mortalitatea, nu este încă tranşată.

E. Bumm (Berlin). Accidentele febrei puerperale se pot împărţi în *streptomycoze generale şi locale.* In caz de endometrită streptococică este în contra oricărei iritaţiuni a mucoasei. Atunci când uterul trebue extirpat, trebue cât mai mult evitat contactul peritonului cu germenii. Procesele septice anexiale trebuesc lăsate cât mai mult în repaos, iar atunci când e nevoe de deschidere să se facă pe cale vaginală.

In formele acute de piemie, ligatura vaselor rămâne fără succes, în formele cronice se poate obţine vindecarea. Când suntem orientaţi asupra sediului flebitei, trebue să operăm extraperitoneal. Când se operează pe cale transperitoneală, incizia trebue făcută cu termocauterul. Histerectomia este fără importanţă în tratamentul piemiei.

Pinard, arată cu numeroase tablouri rezultatele pline de succes, obţinute de 25 de ani încoace. Tratamentul e în parte profilactic, în parte curativ. In afară de irigaţiunile intra-uterine, a întrebuinţat pe o scară largă serul Marmorek.

Barsony (Budapesta). Arată că terapeutica n'a făcut mari progrese. Cazuri grave de infecție puerperală le-a vindecat cu spălături de sublimat. A întrebuințat injecțiile intravenoase de sublimat cu mare succes. Din 2736 de lăuze, au murit numai două de febră puerperală. Inaintea fie-cărei operațiuni obstetricale și ginecologice, face o injecțiune de 3 miligrame de sublimat intravenos și ca profilaxie în doză mai mică la femeile cari trebue să nască.

Latzko (Wiena). Cele mai multe cazuri mortale sunt datorite peritonitei. Momentul intervențiunei în peritonită nu trebue hotărât după puls ci după starea intestinului.

Dintre 80 de operate a avut 17 vindecări, dintre aceste 13 extirpări de uter pentru metroflebite cu 5 vindecări. In caz de ligatura vaselor, putem obține vindecări, chiar atunci când trombusul conține streptococi. Preferă calea extraperitoneală.

Trebuesc operate toate cazurile, cari mai mult de 24 ore, prezintă o febră continuă de peste 39°, mai ales în care sunt frisoane. Rezultatele bacteriologice sunt fără valoare.

Schmidlechner (Budapesta). In clinica Tauffer, dintre 5138 de faceri din acești din urmă cinci ani, numai 2 % de cazuri de infecțiuni puerperale, dintre care $^{1}/_{2}$ au survenit în clinică. In caz de retențiune ovulară, trebue așteptat, și dacă evacuarea e necesară, să se facă digital.

II. Miomul și sarcina.

A. Martin (Berlin). *Miomul și fertilitatea.* In raport cu hipoteza lui Hofmeier, care a considerat ca dubioasă legătura dintre miom și sterilitate și a accentuat asupra desvoltărei însemnate pe care o iea fibromul în sarcină, Martin aduce ca argument în favoarea cazurilor de sterilitate, datorite miomului, faptul că unele miomatoase sterile concep de îndată ce miomul a fost îndepărtat. După Winter, 18 — 20 % dintre femeile mai mici ca 40 ani, au conceput după extirparea miomului, referentul are 14 asemenea cazuri proprii, iar v. Ott, Amann și Engström au de asemeni 13 cazuri. *După observațiile sale reieșe că mioamele nu exclud concepțiunea.*

Surprinzător de des concep miomatoase după mulți ani de la măritiș.

Esențialul, care rezultă din examenul acestor cazuri, este că sediul și mărimea mioamelor, unicitatea sau multiplicitatea lor, n'are importanță pentru posibilitatea concepțiunei.

F. Schauta (Wiena). *Miomul și facerea.* A găsit din ceva mai mult de 100.000 de cazuri din clinica sa, numai 86 de cazuri de sarcină la miomatoase, dintre care cele mai multe primipare și femei mai în vârstă. El crede că miomul împedică concepțiunea tardivă. In mai mult de jumătate din cazuri, facerea are loc în mod spontan. Placenta previa și placenta aderentă (accreta) sunt complicațiuni frecvente.

Când mioamele sunt așezate deasupra inelului de contracțiune, trebue așteptat, chiar atunci când avem a face cu mioame așezate profund în micul basin, căci sau pot fi ridicate în sus, sau se ridică ele singure.

Intervențiuni pur obstetricale, în scop de a învinge obstacolul sunt periculoase din cauza posibilității de a contuziona și necroza tumoarea.

Cezariana este o operaţiune de necesitate când miomul complică sarcina; chiar atunci când nu opune un obstacol la facere, ci numai o întârziază cum ie la primiparele bătrâne.

Când miomul constituie un obstacol, atunci el trebue extirpat vaginal sau abdominal, şi pe urmă isprăvită facerea sau pe cale vaginală sau printr'o cezariană cu amputaţie sau extirpaţie consecutivă a uterului.

O. Engström (Helsingfors). *Asupra miomului uterin în lăuzie.*

Mioamele uterine, pot scădea foarte mult după facere, pot de asemeni să se mortifice. Mioamele submucoase mici pot fi eliminate. Prin infecţiune, mioamele intramurale pot supura şi rămâne închistate. Mioamele submucoase şi intramurale constitue o piedică la involuarea uterului puerperal, iar o miomatoasă contractă mai lesne o infecţiune puerperală

Pozzi (Paris). Trece din nou în revistă ceia ce se ştie asupra influenţei fibromului asupra facerei. Greutăţile diagnostice trebue învinse prin examene repetate.

In ce priveşte tratamentul P. este de aceiaşi părere cu majoritatea autorilor, că nu trebue provocate facerea prematură. Miomectomia conservativă nu este operaţiunea ideală. Histerectomia este ultima scăpare.

E. Kufferath. *Tratamentul fibroamelor în timpul sarcinei.*

Mioamele cresc în timpul sarcinei, se moaie şi devin mai mobile, şi sunt cu atât mai periculoase pentru sarcină, cu cît sunt mai aproape de mucoasă. Tulburări mecanice în dezvoltarea oului, oprirea sarcinei, dizlocările uterului pot surveni.

E în contra avortului provocat în asemeni cazuri. Repoziţiunea chiar cu deschiderea abdomenului trebuie încercată. Cezariana trebuie considerată ca ultima soluţiune.

Fouveau de Courmelles (Paris). *Tratamentul electric şi radioterapic al fibroamelor.* A aplicat radioterapia la miomatoase care refuzau intervenţiunea şi a constatat că tumorile retrocedau şi hemoragiele se suprimau.

După rezultatele obţinute prin întrebuinţare în vre-o 100 de cazuri, preferă radioterapia electrolyzei.

Scipiades (Budapesat). *Miomul şi sarcina.* Dintre 985 de miomatoase, a avut 75 de cazuri complicate cu sarcină. Schauta crede, că chiar atunci când un miom a ajuns într'o stare de dezvoltare capabilă de a produce tulburări, chiar atunci concepţiunea nu e exclusă.

Mioamele multiple şi submucoase expun mai mult la sterilitate.

După o *discuţiune* la care iau parte mai mulţi. Martin accentuiază că complicaţiunea de miom cu sarcină nu e rară, şi că nu trebue să spunem în nici un caz că miomul produce sterilitatea. Schauta accentuiază în cuvântarea de închiere că, atunci când miomul complică sarcina, trebue să fim expectativi.

III. Narcoza în obstetrică şi ginecologie.

B. Krónig (Freiburg) a întrebuinţat stovaina în 1300 de operaţiuni, între aceste a avut de 3 ori accidente, dintre care unul mortal, dureri de cap în 29%, rezultat negativ în 6,4%, adăogirea adrenalinei este fără importanţă.

In intervenţiunele mici trebue făcută anestezia prin inhalaţie, iar în operaţiele mai mari anestezia lombară:

In obstetrică, numai în intervenţiunile mari, ca cezariana, să se facă anestezia lombară, în facerile spontane să nu se întrebuinţeze, căci suprimă presa abdominală.

Acţiunea prin scopomorfină subcutanat şi veronal la interior trebue sprijinită. Somnul crepuscular a fost întrebuinţat de 2000 de ori; facerea a fost întârziată $^1/_2$ de oră până la o oră, copiii se nasc în oligopnee.

Gauss (Freiburg). *Acţiunea somnului scopolaminic asupra copilului.* Cercetările lui Gauss împreună cu ale lui Holzbach, au arătat că secreţiunile copiilor născuţi în somnul scopolaminic, şi în special urina, conţin scopolamină.

Oligopnea se caracterizează prin aceia că copiii stau liniştiţi, sunt ceva palizi, şi mâinele şi picioarele stau în inacţiune. După primul ţipăt, respiraţia se opreşte şi frecvenţa pulsului de la 100 se scoboară la 70. Prin somnul crepuscular, nu se măreşte numărul de morţi nici a noilor născuţi, nici a copiilor în primele zile sau în primii ani.

Van Hoosen (Chicago) discută chestiunea, dacă întrebuinţându-se somnul crepuscular la femeile însărcinate, care ar trebui operate din alte puncte de vedere, s'ar putea produce o întrerupere a sarcinei, sau s'ar aduce vre-o vătămare sănătăţei copilului. El neagă ambele posibilităţi.

Frigyesi (Budapeste) a întrebuinţat somnul crepuscular adese-ori în a II-a clinică ginecologică şi numai în 4% de cazuri a fost fără acţiune.

In discuţiune, Zweifel, Sellheim, Szabo şi Hofmeier sunt pentru anestesia lombară cu stovaină, cu toată acţiunea relativ periculoasă a acestei substanţe.

J. Veit (Halle a. S.) *Tratamentul basinelor strimte, în special indicaţiunile operaţiunilor care lărgesc basinul.*

In genere este admis ca principiu, de a se evita operaţiunile care tind să micşoreze volumul copilului viu.

Asupra alegerei între hebosteotomie şi cezariană, aceasta din urmă este o operaţiune mai sigură. Numai în cazul când se constată prezenţa streptococilor în traectul genital, trebue preferată hebosteotomia.

Autorii noi se sforţează de a evita facerea prematură, precum şi mijloacele profilactice. Când basinul are o conjugată vera până la 7 c. m. se va face cezariana.

In cas de basin mijlociu, când copilul e mort şi când există un pericol pentru mamă, se va căuta să se micşoreze dimensiunile copilului. Când copilul e viu se va face cezariana, în cazuri restrânse se va aplica forcepsul.

Dacă atunci când copilul e în pericol, versiunea sau forcepsul sunt imposibile, recurgem la cezariană. Cele-lalte operaţiuni se practică rare-ori în cazuri speciale.

Pestalozza. *Facerea in basinele viciate.* Imparte basinele strâmte în 2 categorii: acele care au o conjugata vera mai mare de 75 mm. *permeabile* şi acele care au o conjugata vera mai mică de 75 mm., *impermeabile.*

In 50% din basinele permeabile, facerea are loc în mod spontan. Forcepsul, pubiotomia şi cezariana sunt operaţiunile între care trebue ales. Aplicarea de forceps la strâmtoarea superioară · când capul e mobil, trebue respinsă.

Pubiotomia trebue făcută la multipare numai, pe când la femeile cu basin asimetric, cu dilataţiuni venoase şi rigiditatea colului trebue evitată. Cezariana extraperitoenală n'ar avea nici un avantaj faţă de celelalte metoade.

Baisch (München) vorbeşte cu privire la referatul lui Döderlein, care însă nu s'a făcut, asupra *rezultatelor permanente ale kebosteotomiei.* Indicaţiunile hebosteotomiei au fost mult restrânse prin cezariana extraperitoneală. In prima operaţiune avem o mortalitate de 9% şi dintre 42 cazuri de cezariană extraperitoneală a murit o singură mamă. Hemoragia şi septicemia sunt pericolele acestei metode, căci leziunea vezicei poate fi evitată prin instrumentul lui Döderlein. Hebosteotomia nu trebue făcută când conjugata vera e mai mică de 7 cm. la femei primipare şi cu genitalele strâmte. Se poate face însă la multipare.

Inaintea hebosteotomiei nu trebue făcută altă încercare de operaţiune. Viaţa copilului este pusă în pericol când aşteptăm facerea spontană.

Hebosteotomia şi cezariana extraperitoneală, vor evita perforarea copilului viu chiar în cazuri de infecţiuni. Nu trebue lăsată la aprecierea mamei, felul operaţiunei.

Frank (Colonia). *Asupra facerei suprasimfizare şi dilatarea basinului.*

Dintre 46 de cazuri de cezariană extraperitoneală, a repetat operaţia de 2 ori pe 4 femei şi de 3 ori pe 2 femei, fără a deschide peritoniul la aceste din urmă.

Incizia trebue făcută la locul unde ameninţă să se producă ruptura, fără ca operatorul să se ambiţioneze pentru o anumită incizie.

In cazuri de asepsie dubioasă, trebue drenat. Deviaţiuni n'a observat după această operaţiune. O femeie a născut normal în 8 luni, după ce la facerea 1-a avusese o cezariană suprasimfizară. Cezariana suprasimfizară nu e menită să înlocuiască cu totul nici operaţiunile lărgitoare de basin, nici cezariana clasică. F. este partizanul simfizeotomiei, cu condiţie ca să fie făcută subcutanat.

Latzko (Wiena) vorbeşte despre cezariana extraperitoneală şi în special despre modificarea introdusă de el. El merge lateral pe lângă băşică asupra uterului.

O tabelă pe care o prezintă arată rolul cezarianei extraperitoneale faţă de celelalte operaţiuni care se fac în basinele strâmte.

Sellheim (Tübingen). *Asupra secţiunei extraperitoneale a uterului şi a facerei prin fistulă utero-parieto-abdominală.*

A elaborat metoda, împins fiind de dorinţa de a găsi în cazurile infectate o cale pentru a păstra viaţa copilului. Legătura cu cavitatea uterului eventual infectată, impune o unire foarte exactă a diferitelor pături a pereţilor abdominali. N'a observat alteraţiuni de sediu şi de mobilitate a uterului.

V. Terminarea facerei prin dilatarea rapidă a colului uterin.

P. Bar (Paris). In facerea prin dilatarea rapidă a colului, se caută a se obţine o ast-fel de dilatare, încât colul să nu mai opuie nici o rezistenţă la extracţiunea fetului. In „l'accouchement forcé“ însă, dilataţiunea prealabilă a colului, nu avea alt scop, de cât ca să permită trecerea mânei sau a instrumentului, pentru a atinge fetul, care tras cu putere dilata, rupea peretele cervical.

B. Arată marele inconveniente pe care le are dilataţiunea rapidă a colului, între altele, rupturile însemnate cu consecinţele lor, fără însă ca obstacolul care se opune extragerei fetului, să poate fi în tot-deauna îndepărtat. Nu trebue făcută de cât cu indicaţiuni precize. Dilatarea prin balon şi digitală, este mai puţin periculoasă, de cât prin dilatatorul lui Bossi. Operaţiunea de concurenţă este cezariana vaginală.

Sediul profund al placentei, basinele strâmte, fetul mare, sunt contra-indicaţiuni pentru dilatarea rapidă a colului. In caz de infecţiune să se facă dilatarea colului şi când aceasta e imposibilă, cezariana extraperitoneală.

In cazurile în care trebue să obţinem un rezultat imediat şi avem un col lung, strâmt, rigid, atunci trebue făcută cezariana clasică.

L. M. Bossi (Genua). Revine asupra indicaţiunelor metodei sale de dilatare şi arată că principala indicaţiune e în eclampsie, mai puţin indicată ie în placenta previa. Expune rezultatele obţinute în 395 de cazuri de placenta previa şi deslipirea prematură a placentei, prin metoda sa pe de oparte şi rezultatele obţinute prin cezariană şi faceri precipitate pe de altă parte şi constată că în cezariană mortalitatea a fost de 2 ori mai mare pentru mamă, pe când pentru copil a fost redusă la sfert. Apoi expune rezultatele obţinute prin facerea precipitată şi cezariană în eclampsie şi o găseşte preferabilă pe cea dintâi.

G. Winter (Königsberg). Imparte operaţiunele în dilatatoate şi tăitoare.

In ce priveşte dilatarea prin dilatatorul Bossi, numai atunci se poate evita o ruptură a colului când canalul cervical este complect şters şi orificiul extern dilatat cel puţin ca 5 mărci.

Cezariana lui Dührssen este de preferat la primipare. Cu ajutorul acestui procedeu, un operator experimentat, în ori ce epocă a sarcinei şi fără pericol poate goli uterul şi poate scoate în majoritatea cazurilor, copilul viu.

Indicaţiunele operaţiunei sunt multiple:

Eclampsia, deslipirea prematură a placentei, placenta praevia, bolile de pulmoni, rinichi şi cord, febra în timpul sarcinei, stenoza colului, facerea în agonie şi post-morten.

W., ajunge la următoarele concluzii:

1) Cezariana vaginală este procedeul cel mai capabil de realizare. 2) Eclampsia este cea mai frecventă şi importantă indicaţie.

Gauss (Freiburg). Expune 75 de cazuri în care a întrebuinţat Bossi şi 50 cezariana vaginală. Această din urmă operaţie este mai sigură, cu toate că şi pentru primipare, nu este cu totul fără pericol. O femeie operată cu Bossi a murit în timpul intervenţiunei şi la alta s'a produs o ruptură.

Metoda lui Bossi nu trebue făcută:

1) In faceri la început la care nu s'a produs încă relaxarea ţăsăturilor, 2) la sfârşitul sarcinei când starea porţiunei vaginale e nefavorabilă. In clinică să se prefere Bossi, unde se poate pune o indicaţie strictă. Când Bossi însă e contra indicat să se facă cezariana vaginală. In afară de spital cezariana vaginală nu se aplică. Placenta praevia e contraindicaţie şi pentru Bossi şi pentru cezariana vaginală.

VI. Apendicită şi anexită

P. Segond (Paris). Combinaţiunea este frecventă, mai ales în formele cronice. El acordă în cazuri de anexite, falşelor membrane rolul preponderant în producerea apendicitei, prin tulburările mecanice pe care acestea le produc.

După ce trece în revistă toate semnele de care dispunem azi pentru diagnosticul diterenţial între anexită şi apendicită, arată marea greutate pe care o întâmpină chiar oamenii cu experienţă întinsă. Apoi insistă asupra precizării diagnosticului de apendicită când el coincide, cu o sarcină normală, extrauterină, sau cu torsiunea unei tumori.

Din punct de vedere operator, autorul e pentru ablaţiunea sistematică a apendicelui atunci când el prezintă leziuni chiar puţin însemnate. De câte ori bănuim leziuni apendiculare, să facem intervenţiunea pe cale abdominală, iar nu pe cale vaginală.

Fabricius (Viena) se ocupă mai ales cu diagnosticul difrenţial trebue leziunele anexiale şi apendicită.

VII. Operaţiunea cancerului uteri.

F. Schauta (Viena). *Rezultatele îndepărtate obţinute în cancerul colului uterin.* El face intervenţiunele pe cale paravaginală incizând vaginul larg de jur împrejur.

Din punct de vedere a operabilităţii, Schauta are mai ales în vedere starea aparatului urinar; infiltraţia ligamentelor nu este de cât o contra indicaţie foarte relativă, căci ganglionii sunt mai mult inflamaţi, de cât canceroşi. Cystoscopia nu a dat rezultatele ce s'a aşteptat de la ia.

Din cazurile observate, Schauta operiază $^1/_2$ din ele. Mortalitatea în operaţiuni e de 10,7$^0/_0$. Vindecarea absolută după 5 ani e de 13,4$^0/_0$.

S. crede că procedeul său pe cale vaginală este mai bun, căci se poate extirpa foarte bine parametrul şi nu se răneşte cu atâta uşurinţă ureterele (Wertheim pe cale abdominală, are în 9$^0/_0$ din cazuri leziunea ureterelor, iar Schauta 3$^0/_0$). Iar în ce priveşte obiecţiunea că, extirparea ganglionilor se face mai lesne pe cale abdominală, S. crede că extirparea ganglionilor e şi inutilă şi periculoasă. De asemenea leziunile rectului şi grefa canceroasă sunt evitabile.

E. Wertheim (Viena). *Rezultatele operatorii îndepărtate ale operaţiunei abdominale lărgite în cancerul uteriu.*

Dintre cele 487 de bolnave operate după metoda lui, sunt 200 operate mai mult de cât de 5 ani. Mortalitatea a fost de 24,5$^0/_0$, iar o vindecare absolută de 19,3$^0/_0$. In cele din urmă 200 de cazuri mortalitatea a căzut la 10$^0/_0$, operabilitatea s'a urcat la 60$^0/_0$, aşa în cât avem o vindecare absolută în 30$^0/_0$ de cazuri. Statistica a fost foarte exact făcută, de oare-ce nici un cas n'a fost eludat. Cele dispărute trebue considerate ca recidive; iar cele cu moarte intercurentă, dacă autopsia n'a fost făcută, ca recidivă. Autorul crede că calea abdominală trebue preferată nu atât din cauza posibilităţei extirpărei ganglionilor, ci mai ales a parametriului.

V. Ott. *Valoarea comparativă a diferitelor procedee a tratamentului chirurgical în cancerul uteriu.*

O. consideră cele trei metode: *abdominală* (Wertheim), *vaginală largă* (Schauta) şi *vaginală simplă* după cum o face autorul.

Pentru 1$^0/_0$ de moarte a lui Ott prin vaginala simplă, are 11,1$^0/_0$ de morţi prin metoda lui Wertheim şi 9,5$^0/_0$ prin metoda lui Schauta.

Din contră, luând ca punct comparativ vindecarea radicală, găsim pentru un caz la sută de vindecare radicală obţinut de Ott, 1,6$^0/_0$ pentru Wertheim, 1,4$^0/_0$ p. Staude şi 1$^0/_0$ p. Schauta.

Ca concluzie practică, operaţiile largi fac mai mult să rişte pe bolnav de cât histerectomia vaginală. In cancerul corpului, din 23 de cazuri operate de Ott, sunt 8,20$^0/_0$ cu vindecare radicală.

Ott crede că toate sforţările trebuesc îndreptate pentru a scădea mortalitatea primară.

Dirner (Budapesta). *Experienţele şi rezultatele operaţiunei abdominale în cancerul uterin.* Dintre 80 de bolnave, cu o operabilitate de 63$^0/_0$, au murit 15$^0/_0$ de urmările operatorii. El operează de predilecţie pe cale abdominală. In acelaş timp a operat numai 11 pe cale vaginală.

Winter (Königsberg), crede că prin metoda abdominală avem o mai mare mortalitate, de cât pe cale vaginală.

Zweifel (Leipzig) crede că chestiunea ganglionilor înseamnă mult şi că pot fi recidive fără afecţiunea vaginului. E pentru calea abdominală, căci se pot îndepărta ganglionii. Progonosticul la femei mai tinere de 30 de ani e prost.

Hofmeier (Würzburg). Are pe 180 de operaţiuni pe cale vaginală 35°/₀ de vindecări şi pe 66 pe cale abdominală 39°/₀ vindecări; rezultatele căiei abdominale sunt ceva mai favorabile. Evidarea complectă a ganglionilor nu e posibilă.

Krönig (Freiburg). Calea vaginală largă este mai grea de cât cea abdominală. Este întrebarea dacă pe cale vaginală se poate realiza aceiaşi ţintă.

Recomandă rezecţiunea şi implantaţiunea ureterelor, eventual în intestin, cu facerea unui anus contra naturei.

VIII. Nidaţiunea

Henricius (Helsigfors). Se ocupă de *nidaţiunea intestiţială şi excentrică la animale*. Inplantaţiunea şi formatiunile primitive pe de o parte şi placentaţiunea sunt ca două procese complect deosebite unul de altul şi ca loc şi ca timp.

H. Descrie după mai mulţi autori nidaţiunea excentrică a oului de ariciu, cu formaţiunea unei camere ovulare, celulele gigante servesc ca organe de fixaţie la formarea unei camere ovulare. Mai departe trebue să le atribuim rolul de a roade capilarele, de a pune în libertate extravazatul sanghin, care serveşte atâta la nutriţia oului până la formarea placentei. Mărimea camerei ovulare e influenţată de acţiunea celulelor gigante, cari provin din celulele deciduale obişnuite. Formaţiunea lor începe probabil înaintea nidaţiunei oului. Formaţiunea simplasmului uterin şi acţiunea fagocitelor, concurează la mărirea camerei ovulare.

H. Peters (Viena). *Nidaţiunea umană şi placentaţiunea*. Nidaţiunea şi desvoltarea interstiţială par a fi cele mai probabile. Toate observaţiunile făcute tind a arăta că la om oul, scurt timp după ce soseşte în uter, se scufundă în compactă. Probabil că oprirea se face într'un loc epitelizat, şi anume în stadiul premenstrual, în mod excepţional şi într'o altă fază a ciclului menstrual. P. Vorbeşte despre geneza embriotrofei şi a zonei de circumvalaţie.

Placentaţia o împarte în două perioade, destul de net deosebite: 1) perioada în care se formează ceia ce se numeşte embryotrophe şi a hrănirei oului prin embryotrophe şi a 2-a) perioadă în care hrănirea se face prin mijlocirea sinciţiului şi a păturei lui Langhans şi după dispariţiunea acestei din urmă numai prin syncițiu. Fapt constatat e că spaţiul intervilar primar se formează mult mai de timpuriu, de cât se considera înainte şi că el nu e un spaţiu matern intervascular ci un spaţiu delimitat de elemente fetale. Synciţiul provine din trophoblaste şi e de provenienţă fetală, iar celulele gigante sinciţiale Peters le crede resturi de trophoblaste.

In privinţa nidaţiunei ovulare extrauterine Peters se aliază la concepţiunea lui Werth şi susţine că ea este interstiţială, iar nu excentrică.

DR. MARTA RAINER

Reviste şi publicaţiuni străine

Bacteriologie

ANTON BREINE et H. ANNELT. — **Short nate on the mechanism of haemolisis in Piroxlasma Canis.** (*Ann. of tro med.* a 202 t. II f. 5 Mai 1909, 383 *d. bulet. Inst. Posteur* No. 23, 1909). Hemoglobinuria cânilor în ultimele momente ale vieţei nu este datorită nici isolizinilor nici autolizinilor; este datorită dezintegrărei hematiilor după ce au fost părăsite de paraziţi. CIUCĂ

CASAGRANDI. — **In alcune questions relative all'immunita antivaccinale ottenuta cal vaccino filtrato attraverso le Berkfeld** (Imunizare antivaccinală prin filtre Berkfeld. *Ann. d'Ig. Iperim.* t. XIX f. 3, 1909, 305—324 *d. bulet. Inst. Post.* No. 23 1909). In afară de calea cutanată, să obţine o imunltate generală a ţesuturilor pe diverse căi: (venoasă, mucoasele digestive (prin ingestiune), apariţia de anticorpi controlată prin reacţia de fixaţie Bordet-Gengon confirmă faptul. Imunitatea naturală ca şi cea căpătată la câni dispare dacă animalele sunt nutrite exclusiv cu porumb, meiu şi amidon extras din făinuri diferite. CIUCĂ

C. MATHIS. — **La piroplasmose canine au Tonkin.** Bull. soc. Path. exotique t. II 21 juillet 1909, 380 *d. bulet Inst. Posteur* No. 23 1909). Frecventă în sângele cânilor indigeni ca şi importaţi, o deosebire ca simptomatologie a morfologie a paraziţilor. Boala experimentală omoară între 3—70 zile; incubaţie 39 ore până la 7 zile; paraziţii în mod constant în sânge. CIUCĂ

CHARLES RUSS. — **The electrical reactions of certain Bacterie and an application in the Detection of Tubercle Bacilli in urine by means of an electric current.** (Reacţiuni electrice a unor bacterii — aplicare la descoperirea bac. tuberculos în urină prin curent electric. *Proced. of the Star Soc. O.* t. LXXXI, 8 juillet 1909, p. 314 *d. Bullet. Inst. Past.* No. 23, 1909). Intr'un lichid traversat de un curent electric, bacteriile se duc în genere la anod (sal. saline 4 %). Bacilii tuberculoşi se duc la anod, într'o soluţie de Acetinamidă sau de iodur de potasiu şi la Catod într'o soluţie de etilamină saa sulfat de amoniu. Bacilii sunt recoltaţi la catod într'un fel de pipetă sterilă. Urina adăugată la soluţiile arătate mai sus nu alterează mediul; bacilii în ori-cât de mici cantităţi se recoltează. CIUCĂ

DOPTER. — **Les données nouvelles sur la méningite cérébro-spinale épidémique et son agent spécifique.** (*Bullet. Inst. Pastenr,* No. 22 şi 23, 1909). O excelentă punere la punct a datelor recente asupra meningitei cerebro-spinale. Incepe prin a proba specificitatea meningococului bazându-se pe prezenta în mai mult de $75\,^0/_0$ cazuri a meningococului în lichidul cefalo-rachidian care se găsește constant și în rino-faringitele, cari preced meningita. Prezența anticorpilor aglutinanți, proprietățile opsonizante, puterea bactericidă și deviația complimentului cu serul bolnavilor sunt tot atâtea probe a specificității meningococului, cari îl diferențiază net atât de pseudo-meningococi cât și de parameningococi cari se apropie mai mult de meningococ, atât prin fermentația zacharurilor, cât și prin coaglutinine și coprecipitine. Diagnosticul bacteriologic într'un caz de meningită cerebro-spinală se va face prin frotiuri și culturi pe agar ascita, aglutinare, fermentația zacharurilor; iar în cazurile când nu se găsește meningococ în lichidul cefalorachidian, reacțiunea precipitantă a lui Vincent și Bellot ar face diagnosticul sigur. Ultimele cercetării bacteriologice au clarificat și patogenia acestor boale, care ar fi în tot-deauna o angină cu rino-faringită, în care se găsește meningococ, de aci trecerea la meninge s'ar face la copii pe cale limfatică, la adulți pe cale sanguină, cari explică și producerea de complicațiuni la distanța. Intr'un mediu atins de meningită cerebro-spinală, rino-faringita meningococcică este singură adevărata boala contagioasă și epidemică, transmițându-se la indivizi sănătoși sub, aceiaşi formă, urmată sau nu de meningită. Pentru o profilaxie cât mai riguroasă, Vincent și Bellot, propun inhalarea de vapori de iod și gaiacol, cari ar distruge imediat meningococul. Tratamentul serotheropic a scoborât mortalitatea cu aproape $12\,^0/_0$; scurtează durata meningitei și pune la adăpost pe bolnav de urmele ce le lasă de obiceiu meningita.

CIUCĂ

KARL LANDSTEINER et ERWIN POPPER. — **Uebertragung der Poliomielitis acuta auf Affen.** (Transmisiunea mielitei acute la maimuțe. *Zeitschr. f. Immun.* t. II 1909, p. 387 *d. Bullet. Inst. Past.* 23 1909). Autorii au inocolat măduva unui copil de 9 ani, mort în a 4-a zi de boală, la epuri, cobai și maimuțe în cavitatea peritoneală numai maimuțele au luat boala; un linocefal mort după 2 zile avea leziuni ale măduvei spinărei, cu totul asemănătoare celor de la copii. Un malac, care căpătase în urma injecțiunei o paralizie a trenului posterior, ci care a fost sacrificat a 19-a zi de boală, avea aceleași leziuni din partea măduvei spinărei numai. N'au reușit nici odată să facă treceri de la maimuță la maimuță. CIUCĂ

NEUFEL HÄNDEL.—**Über Herstellung une Prüfung von Antipneumokokkenserum und über die Ansichten einer specifischen Behandlung der Pneumonie.** (Prepararea și dozarea serului antipneumococcic, posibilitatea tratărei pneumoniei în mod specific. *Zeitschr. f. Immun.* 1 Orig. t. III, 30 Juillet 1909 p. 159—171, *d. Bullet. Inst. Past.* No. 23 1909). Pentru a căpăta un ser activ trebue să se inoculeze cantități cât mai mari de microbi, lucrul se realizează dacă se inoculează culturi virulente încălzite la 60° și centrifugate, pentru a se inocula numai corpi microbieni. Se capătă un ser foarte bogat în tropine specifice, cari favorizează fagocitoza pneumococcilor virulenți. Dozează serul, inoculând la șoareci 0,2 în peritoneu și după 2 ore cantități variabile de cultură; un ser bun neutralizează 100.000 — 1.000.000 de doze mortale. La oameni mari trebue să se inoculeze doze mari și în tod-deauna intravenos. CIUCĂ

R. KRAUS et BAECHER. — **Ueber Meningokokkenserum.** (Despre serul antimeningococcic. *Zeitschr f. Immun.* I Orig. t. III, 15 Juillet 1909, p. 9 — 33 *d. Bullet. Inst. Past.* No. 23 1909). Pentru dozarea serului antimeningococcic nu se poate întrebuinţa nici culturile vii (din cauza virulenţei inconstante) nici fixarea complimentului. După autori, metoda de elecţiune ar fi întrebuinţarea corpilor morţi. Culturi pe geloză, emulsionate în apă distilată sau în soluţie decinormală de sodă, dau o substanţă toxică, care omoară cobaii, şoarecii şi epurii, în doză de 0,5 cc. Caprele imunizate cu această toxină dau un ser activ, în cantităţi chiar de 0,1—0,5. Autorii au mai constatat prezenţa bacteriotropinei lui Neufeld în serul antimeningococcic; conchid la căutarea puterei neutralizante faţă de această toxină, sau la căutarea bacteriotropinelor. CIUCĂ

S. FLEXNER et P. LEWIN. — **The transmission of acute poliomyelitis to monkeys.** (Transmisiunea poliomielitei acute la maimuţe. *Journ. of the Americ. medic. asoc.* 13 Nov. 1909, t. LIII p. 1639 *d. Bullet. Inst. Pastcur,* No. 23 1909). Cercetări începute încă din 1907; n'au obţinut nimic cu lichidul cefalo-rachidian. Numai făcând inoculaţii intracerebrale, la maimuţe, cu emulsie de măduvă de la un caz cu poliomielită, a obţinut în creer aceleaşi leziuni ale neuronilor ca şi în măduva copiilor infectaţi, realizând o boală asemenea poliomielitei. Mai mult, autorii au obţinut treceri prin maimuţe. CIUCĂ

Patologie

ALBERTO GRAMEGNA. — **Sulla siallorea nella paralisi agitante.** *(Reviste de Patologia peroosa e mentale,* April 1909). Amintind de sialorea ce se obsearvă în cursul boalelor nervoase cum e: tabesul, sclerosa în plăci, sclerosa laterală amiotrofică, siringomielia, se ocupă de sialorea ce se obsearvă în maladia lui Parkinson, şi se întreabă cum s'ar putea explica acest simptom în această boală fără substrat anatomic hotărât. Se ocupă de teoria mecanică şi de teoria secreţiunei prin iperexcitaţie, şi de secreţiunea prin neuroparalisie. Injectând la mai mulţi bolnavi atropină obţine o diminuare însemnată a secreţiunei, fapt ce ar exclude o secreţiune neuropalaitică. Dansul crede că la paralizia agitantă ar putea să existe o adevărată diatesă ipersecretorie, careia iperidrosa ar fi semnul cel mai comun, dar care poate fi încă întovărăşită de sialorea, epefora, poliuria, iper secreţiune gostro-intestinală şi nasală. O asemenea diatesă e expresiunea unei excitaţiuni glandulare prin excitarea centrilor nervoşi relativi. Autorul crede că nu e încă timpul spre a se pronunţa dacă o asemenea excitaţiune este datorită unei adevărate leziuni a centrilor bulbari, sau unei turburări funcţionale. C. I. URECHIA.

ARESTE SANDRI. — **Atruma adendmatosa dell' ipofisi. Sonns patologico.** *(Revista di Patologia nervosa a mentale fasc.* 7. 1909). Autorul ne dă observaţia unei bolnave ce a fost presentat un sarsomal ipofisei, şi care fără să fi presentat nici un simptom de acromegalie, a manifestat o slabiciune intelectuală şi apatie căreia i-a urmat o somnolenţă şi în fine în urmă un adevărat somn patologic, intrerupt numai de prea puţine momente de veghe. Autorul insistă asupra somnului patologic ce se observă şi în alte tumori craniene şi care s'ar putea explica mai ales printr'o auto-intocsicare, — şi asupra faptului deja citat şi de alţi autori, — că unele tumori ipofisoase pot fi lipsite de semne de acomegalie. C. I. URECHIA

BERTHOLD HANNES. — **Vergleichende Untersuchungen über Raumdesinfektion mit Formaldehyd-Kaliumpermanganatverfahren.** (Cercetări comparative asupra dezinfectărei cu ajutorul procedeului cu formol şi permaganat de potasiu). (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1909 Dezember 7. No. 49). Mijloacele de dezinfectare cu formol au fost încercate în deajuns pentru ca valoarea lor să fie bine stabilltă. In timpul din urmă pentru a evita întrebuinţarea de aparate şi pentru a ajunge ast-fel la o simplificare s'au propus alte procedee. Procedeul cu autan pare că n'a dat rezultatele aşteptate. Amestecul formol-permanganat a reuşit mai bine. Experienţele autorului făcute cu toate precauţiile l-au dus la următoarele concluzii:

Pentru dezinfectarea unui spaţiu de 100 metri cubi, cel mai bun amestec e de 1000 grame paraform, 2000 grame permaganant de potasiu, 3000 grame apă. Procedeul e şi puţin costisitor.

S. IRIMESCU

C. PARHON et GOLDSTEIN.—**Un cas d'idiotie amaurotique type Tay-Sachs** (*Revue Neurologique* No. 14. 1909). Ne dau observaţia unui copil israelit în vrâstă de 14 luni, normal până la 8 luni; dar la care în spre a 9 lună inteligenţa începu să scadă cu încetul, el perdu noţiunele câştigate şi nu mai câştigă altele noi, mişcările au devenit mai dificile, musculatura mai flască a perdut vederile, are mişcare atetosice. După ce face pe scurt bibliografia chestiunei intră în consideraţiuni asupra patogeniei, pronosticului şi tratamentului acestei afecţiuni. C. I. URECHIA

DENY ET MERKLEU. — **Maladie de Bassedow et psychose maniaque dépresive** (*Societatea de Psicatrie din Paris*, Mai, Iunie 1909). Autorii prezintă un bolnav atins de guşă exoftalmică şi psichosă maniaco depresivă. Exclusând o intervenţie tiroidiană, şi atrăgând atenţia asupra degenerescenţii şi desechilibrului emotiv, cred că e vorba de o asociaţie şi nu o legătură de causalitate, între aceste două afecţiuni şi amândoi, autorii se întreabă dacă funcţiunea ovariană ce are oare care influenţă.

C. I. URECHIA.

E. SAVAGNONE. — **Contributo alla conosceuza della fine struttura del l'ipofisi.** (*Revista italiană de Neupatologia*..., vol. II. f. 1. 1909). Autorul studiază cu metodul lui Cojal. lobul nervos al ipofisei, la om şi pisică, şi constată existenţa de numeroase fibre nervoase fine, provenind din pedoncul. Constatările sale concordă cu a le lui Cajal, făcute la şoarec cu metoda lui Golgi. Din aceste fibre multe trec spre lobul anterior. Autorul mai constată multe elemente de nerroglie.

C. I. URECHIA.

E. PAGGIO.—**Sul centro costicale della deviàzione oculo-lefalica.** (*Revista de Patologia nervosa e mentale. fasc.* V, 1900). Ne dă observaţia unui bolnav cu accese de epilepsie jacsoniană, care începeau de la ultimele trei degete a mânei stângi, alte-ori începeau cu o deviaţiune oculo-cefalică, aceste accese rămâneau limitate la teritorul de origină sau se propagau la membrul inferior, adesea-ori se întovărăşeau de o furnicatură de-alungul membrului atins, Singur primul acces a fost urmat de paralisie. Nu s'a manifestat nici o pierdere de conştiinţă. Fusese operată anterior pentru această epilepsie şi se găseşte doi cisticerci, siutaţi în dreptul piciorului F². Erau mari ca un sâmbure de cireaşă. După intervenţie toate fenomenele au dispărut.

Aceasta observaţie ce are valoarea unei experienţe fisiologice demonstră că în partea posterioară al F² residă centul deviaţiunei cefalice şi al ochilor. Şi cum la bolnavul în chestiune multe accese se reduceau la o singură deviaţiune conjugată a ochilor, este logic să admitem că în aria corticală în chestiune se găsesc doi centri vecini: unul cefalo-rolator şi altul oculo-rotator (cefalo-giro ed oculo-girs). Acestea concordă cu faptele găsite de mulţi fisiologişti.

Valoarea practică consistă în confirmarea eloquentă a celor spuse de Horsley că atunci când accesul de epilepsie jacsoniană începe cu o deviaţiune netă al capului şi al ochilor către partea opusă, trebueşte să diagnosticăm o lesiune a lobului frontal.

C. I. URECHIA

GH. L. DANA. — **The functions of the corpora striata, with a suggestion as to a clinical method of studying them** *(journal of pervous and mental disease.* No. 2. 1908. după Rio. dr. Freniatria). Autorul ne dă observaţia a patru cazuri observate de dansul şi ia cari existau leziuni mai mult sau mai puţin întinse a nucleilor centrali. In primul caz e vorba de un bolnav ce avusese o hemiplegie dreaptă, şi la a cărui neocropsie s'a găsit un chiag fibrinos, în nucleul lenticular stâng. La al doilea caz, ce avea în timpul vieţei o hemiplegie stângă, cu o vie exageraţiune a seflexelor şi o slăbire graduată a facultaţilor psichice s'a găsit în nucleul lenticular, şi în special în putamen, interesând în acelaş timp globul palid in capsula internă, un vast ratmolisment. In al 3 caz o hemiplegie stangă, urmată după un an de una dreaptă şi transitorie, iar la necropsie chiste hemoragice în nucleii lenticulari din ambele părţi însă mai întinse la dreapta. In al 4-a caz în care existau rigiditate musculară şi atacuri convulsive s'a găsit un ramolisment al nucleilor lenticulari şi în special al globilor palizi.

In urma acestor cazuri autorul crede că corpii striaţi nu ar avea o funcţiune molorie independentă sau specifică, dar o funcţiune motorie suplimentară, în legătură cu limbagiul articulat, ce se obsearvă în unele cazuri. După părerea sa corpii striaţi ar exercita o acţiune de control asupra funcţiunei vesicei (perdere înOluntară de urină în unele cazuri) şi asupra turburarilor vasomotorii şi trofice a pielei. Crede că li s'ar mai putea atribui o funcţiune psichica asociativă suplimentară, că se poate exclude din ei sediul centrului termic. Din punctul de vedere al anatorniei comparate autorul crede că importanţa corpilor striaţi creşte cu cât ne suim în scara Toologică.

G. I. URECHIA.

HERBERT KOCH. — **Beiträge zur Frage der Komplementbindungsreaktion bei Tuberkulose.** (Contribuţie la chestia fixărei complimentului în tuberculoză). *(Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1909 Novembre 9, No. 45). (Lucrare făcută în clinica profesorului Escherich la Viena). In cercetări anterioare Koch şi Fua au constatat că numai în serul copiilor tuberculoşi trataţi cu tuberculină, anticorpii apar într'o treime din cazuri. La copiii tuberculoşi cari n'au fost trataţi cu tuberlină, anti-corpii nu există. Schlossmann, la copii, a ajuns la aceleaşi rezultate. La adulţi, uuii autori au putut găsi anticorpi chiar în serul bolnavilor cari nu urmaseră tratamentul cu tuberculină.

Nici o relaţie nu există între prezenţa de anticorpi în ser şi reacţiile specifice (cuti şi oftalmo-reacţia). De asemenea reacţiile positive nu se observă numai la bolnavii cu pronostic favorabil, cum au crezut unii autori.

Producerea de anticorpi la copii trataţi cu tuberculină e o reacţie generală ca pentru toate substanţele albuminoase. Intrebarea naşte dacă starea alergică a celulelor, după concepţia lui Pirquet, e necesară sau dacă tuberculina ca atâtea alte substanţe albuminoase poate da naştere la anticorpi chiar în organismele indemne de tuberculoză. Diferiţi experimentatori încercând serul animalelor sănătoase la cari se injectase tuberculină, au avut rezultate contradictorii.

Koch a reluat experienţele la cobai sănătoşi — experienţele la epuri n'au valoare de oare-ce serul de epure normal fixează complimentul — la cari a injectat tuberculină veche (0.5 în timp de 14 zile). Cobaii injectaţi erau absolut indemni de tuberculoză. Ei nu reacţionau la tuberculină şi sacrificaţi la sfârşitul experienţelor n'au prezintat nici o urmă de tuberculoză. Anticorpii produşi prin injecţia de tuberculină veche pot fi împărţiţi în două grupe: în anti-corpi produşi în urma injecţiei cu bulion glicerinat — mediul de cultură al bacililor tuberculoşi — şi în cei cari rezultă din injecţia părţilor constitutive ale bacilului tuberculos.

Intr'adevăr la cobaii ast-fel trataţi, întrebuinţând în reacţie bulionul glicerinat (0.1—0.05) ca antigen, hemoliza e complect împedicată. Cum însă serul dă o fixare de compliment şi cu tuberculina nouă (T. R.) rezultă că şi părţile constitutive ale bacililor pot să producă anticorpi. Glicerina singură, întrebuinţate ca antigen nu împedică emoliza.

Pe de altă parte, constatări făcute deja de alţi autori (Wassermann, Citron, Lewa şi Lüdke) injecţia simplă de bulion (0.5 c. m. de bulion concentrat la a zecea parte) produce anticorpi în ser.

Rezultă deci din cercetările lui Koch că starea alergică a celulelor nu e necesară pentru producerea de anticorpi, dar că organizmele sănătoase au nevoe de doze mult mai mari de tuberculină de cât organizmele bolnave. S. IRIMESCU

O. MARBURG,— **Zur Kentnis der normalen und pathologischen Histologie der zisaeldrüse. Die Adipositas cerebralis.** (*S.* 218. *Arbaiten aus dem neurologischen Instilute von prof. Obersteiner* Bd. XVII. H. 2). In prima parte a lucrării autorul se ocupă de desvoltarea şi structura glandei ipofise. In a doua parte se ocupă de unele alteraţiuni trofice în raport cu glanda şi mai cu seamă de adipositatea cerebrală. Vorbeşte de relaţiunele care există intre obesitate şi glandele genitale dar autorul socotea că faptul că pe 32 cazuri de adipositate cerebrală s'a găsit numai de 12 ori atrofii genitale ar pleda contra unui disgenitalist primar. Insista asupra faptului că extirparea hipofisei a făcut de multe ori să regreseze adipositatea şi conchide că adipositatea ce se obsearvă în unele tumori hipofisare ar deprinde de alteraţiunele acestei glande. S'ar mai putea asemenea admite că ipofisa alterata ar înfluenţa genitalele şi să producă secundar o adipositate. Crede că iper funcţiunea ar produce acromeogalia, iar hipofuncţiunea ar produce o distrofie adipoasă. Consecutiv alteraţiunelor acestei glande autorul mai admite o ipertrofie genitală. Consecutivă unei ipofuncţiuni glandulare; cazuri rare de obesitate consecutive unei iperfuncţiuni; cazuri de caşexie în cari s'a găsit o distrucţiune întinsă a glandei şi care s'ar putea eticheta de aipopisie. C. I. URECHIA.

PAUL WOLFF. — **Ueber latentes Vorkommen der Muchschen Form des Tuberkelbazillus.** (Asupra existenței latente a bacilului tuberculos în organism sub forma de granule a lui Much). *(Münchener medizinische Wochenschrift,* 1909 November 9, No. 45). Prezența latentă de bacili tuberculoși în organism, fără producerea de leziuni, a fost constatată de numeroși autori. Dovada a fost dată prin rezultatele positive obținute în urma inoculărei la animale.

Descoperirea lui Much — prezența de bacili virulenți necolorabili după Ziehl dar colorabili după Gram — permite să se caute prezența acestor bacili. Formele granulare — aparența de coci minusculi, de 5—10 mai mici de cât cocii ordinari — au fost găsite în abcese reci, în ganglioni limfatici caseoși în cari bacili colorabili după Ziehl nu existau.

In institutul de anatomie patologică din Heidelberg, Wolf a căutat granulele lui Much în ganglionii mezenterici ai copiilor cari sucombaseră din cauze diferite.

O jumătate din ganglion a servit pentru preparate pe lame, cealaltă după fixare în formol, pentru cercetări istologice.

Din 21 cazuri cercetate, la 6 existau cliniceşte și anatomo-patologiceşte modificări tuberculoase. Din aceste 6 cazuri, în 4 cazuri și după colorația cu Ziehl și după colorația cu Gram rezultatele au fost positive, pe când în 2 nu s'au putut colora de cât granulele lui Much. In celelalte 15 cazuri nici macroscopic, nici microscopic nu se putea bănui tuberculoza: la 3 din aceste ultime cazuri, s'a putut totuşi constata prezența granulelor lui Much.

In aceste 3 cazuri — copii morți de alte afecții de cât de tuberculoză — ganglionii limfatici prezintau modificările istologice descrise de Bartel: dilatația căilor limfatice, endoteliile augmentate de volum, pe ici pe colea producerea de celule gigantice și iperplazie. Intr'unul din aceste 3 cazuri, o jumătate din ganglionul limfatic a fost injectat în cavitatea peritoneală a unui cobai: după 28 zile animalul a fost sacrificat. La autopsia cobaiului un ganglion caseos a fost găsit în regiunea lombară. In preparate din acest ganglion s'au găsit forme colorabile nu numai după Much ci și după Ziehl.

Rezultă deci din aceste cercetări că metoda lui Much poate da une-ori rezultate acolo unde colorația după Ziehl e negativă. Metoda aceasta permite astfel să se urmărească mai de aproape chestiunea latenței bacililor tuberculoși în organism.

S. IRIMESCU.

STEPHANIE ROSENBLAT. — **Ueber die granuläre Form der Tuberkelbazillen im Sputum.** (Asupra formei granuloase a bacilului tuberculos în spută). *(Münchener Medizinische Wochenschrift.* 1909 Dezember 7. No. 49). In 80 spute de tuberculoşi colorate cu Gram și pe aceeași lamă și cu Ziehl, Rosenblat a putut constata prezența de granule așa cum au fost descrise de Much. Spute de control provenind de la bolnavii cari nu erau tuberculoși nu conțineau granule. Intr'un caz sputa care nu conținea de cât forme colorabile după Gram inoculată la cobai a dat rezultate pozitive.

Spute cari nu conțineau forme colorabile cu Ziehl ci numai cu Gram, examinate după un interval oare-care prezintă bacili acido-rezistenți. Există ast-fel un fel de alternanță între aceste două forme. Autorul crede că membrana înconjurătoare a bacilului, care îi conferă acido-rezistența dispare, ca un prim act al bacteriolizei. Ceea-ce rămâne, sunt granulele colorabile prin metoda lui Gram.

S. IRIMESCU

Patologie chirurgicală

ANDRÉ CHÉVELLE. — **Dificultăţile de diagnostic ale calculilor renali şi ureterali.** *(Teză, Nancy,* 1908—1909, No. 7). Este o admirabilă lucrare, în 206 pagini, bazată pe 47 de observaţiuni şi însoţită de 6 planşe radiografice. Autorul studiază aci în linii generale rolul diagnostic al diferitelor mijloace de investigaţiue, în litiază, şi din faptele şi observaţiunile examinate în această lucrare, trage următoarele concluziuni cari prezintă multă importanţă practică:

I. Marile simptome clasice ale calculelor rinichiului şi ale ureterei conduc, în general, căutările clinicianului, dar nu-l conduc sigur la diagnostic.

II. Examenul cystoscopic al vesicei şi catheterismul uretrelor permit în majoritatea cazurilor, de a afirma origina renală a afecţiunei de care se plânge bolnavul şi a e localiza într'unul din rinichi. Valoarea funcţională a fie-cărui dintre aceste organe, este stabilită prin diferitele examene ale urinelor separate. Diagnosticul ferm al calculului nu poate fi pus prin aceste mijloace de cât în cazul rar al unei percepţiuni obiective.

III. Examenul cu razele X este indispensabil la toate căutările calculului.

El nu confirmă numai un diagnostic îndoelnic, dar complectează prin noţiunile volumulur, numărului, situaţiunei şi mobilităţei concreţiunilor şi permite de a discuta de mai înainte folosinţa şi natura intervenţiunei. Rezultatele negative sunt de asemenea importante de considerat ca şi cele pozitive.

IV. Greşelile atribuite radiografiei sunt greşeli de interpretaţiune.

Pentru a le evita trebue:

1. Să se facă un examen clinic complect al bolnavului, fără însă a neglija nici un mod de exploraţiune.

2. A nu se încredinţa confienţa de cât pe mai multe şi bune radiograme; acestea să se facă după o pauză de câte-va zile, urmând technica specială a radiografiei a aparatului urinar şi prezentând punctele de reper, cari sunt de ajuns (ultimele coaste, vertebrele şi apofizele transverse, fascicolele psoasuluï).

3. In caz de îndoială asupra situaţiunei corpilor străini bănuiţi, examenul radio-stereoscopic, cu ajutorul reperurilor externe şi interne.

In sfârşit, câte-va afecţiuni ale renichiului, au putut, să se ia drept calcule. Importanţa practică a acestui fapt nu e considerabilă pentru că felul leziunilor care produce confuzia, necesită şi ele o intervenţiune chirurgicală.

G.

A. A. ABRAJANOFF. — **Tratamentul operator al epilepsiei idiopatice.** *(Chirourgia,* Vol. 26, No. 151, Iulie 1909, pag. 49—68). Cazurile de vindecare, după trepanaţie, a epilepsiei esenţiale, sunt foarte rari, mai ales acelea care au putut fi urmărite mult timp, şi de acea este interesant să aducem aci cazul următor tratat de Abrajanoff.

Un copil de 3 ani şi 9 luni intră în spital pentru atac de epilepsie; antecedente fără interes, afară de sifilis probabil al tatălui. Totuşi copilul era bine şi se desvolta regulat, când la vârsta de 3 ani, în bae, a avut un prim atac cu spume la gură. Cu tot tratamentul, afecţiunea evolua. Pe lângă accesele de convulsiuni generalizate, se observă mici atacuri din ce în ce mai frecuente. Accesele survin pretutindeni şi se repetă acum de mai multe ori pe oră. Copilul e bine desvoltat, aleargă bine dar a rămas în urmă din punct de vedere fizic: nu scoate nici un cuvânt dar îşi cunoaşte părinţii şi cere de mâncare şi de băut.

La 24 Mai 1901, operaţie: stabilirea unei supape Kocher, în regiunea temporală dreaptă, de dimensiunile unei piese de 2 copeici cu incizia durei mater.

In cele 2 săptămâni care au urmat, nici un acces; la 9 Iunie două accese, la 11 două accese cu cădere, de asemenea la 12, 13, 14 şi 15; la 16 şi 17 nici un acces; la 18 două accese, la 19, 20 şi 21 trei accese; la 22 cade pe marginea ferestrei; la 23 un acces fără cădere; asemenea de la 23 la 28; la 29 trei accese; de la 1 la 18 Iulie numai scuturări în timpul somnului. Încă un acces în August, apoi nimic.

Din August 1901, până la 9 Martie 1908, n'a avut nici un acces. Ceia-ce e interesant, e că după operaţie nu numai că atacurile de epilepsie au încetat dar intelectul şi fizicul s'au desvoltat considerabil.

In 1907, la vârsta de 9 ani, era în starea următoare: sănătate excelentă, urmează la şcoală, are memorie bună, începe să vorbească corect. In 1908, ameliorarea persista.

E greu de atribuit acest rezultat unei alte cauze de cât intervenţiunei, căci aci nu s'a supus bolnavul la vre un tratament fie dietetic fie medicamentos. G.

ALPHONSE-X. MISSLIN.—**Pneumatocelul mastoidian.** (*Teză de Nancy*, 1909, No. 13). Pneumatocelul, zice autorul în concluziunile sale, este o tumoră caracterizată prin existenţa unei colecţiuni gazoase între pericran şi oasele craniului — colecţiune, care este în comunicaţiune cu sinusurile frontale sau cu celulele mastoidiene printr'o perforaţiune a peretelui osos, al acestor cavităţi. Perforaţiunea poate să rezulte sau dintr'un traumatism, sau dintr'o cauză morbidă, ca de pildă o osteită, osteomyelită, osteoporosă; cele mai adesea e consecutivă unei afecţiuni nasale sau auriculare, sau poate ţine de o cauză ipotetică, oprire de desvoltare, dehiscenţă spontanee, sau o rarefacţie osoasă de natură nedeterminată.

Pentru acest motiv, aceste tumori se divid în: tryaumatice, pathologice şi spontanei.

Colecţiunea gazoasă care închide aer atmosferic puţin modificat, se însoţeşte de leziuni particulare ale oaselor subjocente — leziuni, care consistă în formaţiune de proeminenţe osoase separate prin nişte depresiuni. Aceste proeminenţe ar fi datorite unei tracţiuni pe care o suferă periostul în locurile unde se deslipeşte mai greu şi care ar avea ca consecinţă formaţiunea de ţesut osos nou, din cauza iritaţiunei produse aci.

Pneumatocelul se recunoaşte uşor după simptomul său principal — sonoritatea, însoţită adesea de reducerea prin presiune, de alternative de expansiune şi de turtire în timpul sforţărilor bolnavului.

Diagnosticul trebue făcut mai ales cu emfisemul sub-cutanat sau sub-aponevrotic pe care-l deosebim prin expansiunea sa repede, limitele sale puţin precise, crepitaţiunea gazoasă şi prin coprinderea regiunilor vecine capului, pe când pneumatocelul rămâne limitat prin inserţiunile pericraniului.

Prognosticul este benign şi nu se agravează de cât prin complicaţiuni inflamatorii sau mecanice, pe care trebue să căutăm a le evita în timpul tratamentului.

Tratamentul consistă în a evacua tumora prin compresiune sau prin puncţiune, a provoca aderenţa pericranului la suprafaţa craniului şi a oblitera fistula osoasă. Se va începe prin mijloacele cele mai simple şi numai în caz de insucces, se va recurge la intervenţiuni mai radicale. G.

ALBERT-ARMAND FOURNIER. — **Despre pseudo-hydronephrosele de origină traumatică.** Teză, Nancy, 1909, No. 6. Intr'un studiu bazat pe 18 obs. autorul ajunge la concluziunile următoare:

Pseudo-hydronefrosele traumatice sunt consecinţa unei fisuri a rinichiului şi a unei rupturi concomitente a bazinetului sau a ureterului.

Ele au o evoluţie în general rapidă, care termină printr'o revărsare enormă pe când hydronefrosa traumatică se dezvoltă insidios şi pune mai multe luni şi chiar mai mulţi ani pentru a ajunge un anumit volum, care nu egalează nici odată pe acela al pseudo-hydronefrosei.

Apariţia sau neapariţia primelor simptome de ruptura aparatului urinar superior, ne pot înşela asupra realităţei leziunilor. Temperatura ridicată după accident, e un semn constant.

In mod excepţional, tumora poate să se evacueze prin căile urinare inferioare. Hematuria care urmează acest debaclu nu însemnează nimic din punct de vedere al prognosticului.

O nouă ascensie termică în cursul evoluţiunei pungei, trebue să ne facă să ne gândim la o infecţiune supraadăugată.

Intervenţia trebue să fie precoce şi va consista în puncţiune sau drenagiu, dacă tumora are tendinţă să se reformeze. Nefrectomia nu se va practica de cât în cazuri desperate şi când fenomenele infecţioase amenință viaţa bolnavului. G.

AURELIAN TEODORU. — **Vulvo-vaginita fetelor mici** (Studiu clinic şi medico-legal.) *Teză*, Iaşi, 1909 No. 329. In această lucrare, bazată pe studiul a 25 de cazuri, autorul ajunge la concluziunea că vulvo-vaginita fetelor mici poate fi datorită la trei ordine de cauze:

a) Ca rezultat al unei contaminări în urma unui atentat la pudoare.

b) Din cauza unei infecţiuni accidentale.

c) In urmă şi ca complicaţiune a diferiteleor afecţiuni, unele febrile, altele constituţionale.

Cele două dintâi categorii de vulvo-vaginită, care se mai pot denumi şi *vulvo-vaginite venerice*, se recunosc atât prin simptomele ce prezintă, cât şi prin prezenţa gonococului Neisser ce se găseşte în secreţiune. In vulvo-vaginita din a 3-a categorie, gonococul lipseşte.

Rolul medicului, şi în special al medicului expert, în faţa unei asemenea afecţiuni, consistă în a diferenţia şi a diagnostica, căreia din aceste 3 categorii de vulvo-vaginită aparţine boala de care este atinsă pacienta pe care o examinează.

O asemenea diagnoză este aproape imposibilă în unele înprejurări şi medicul expert în asemenea cazuri trebue să fie foarte prudent: să nu afirme de cât lucruri de care este absolut sigur.

Existenţa unei vulvo-vaginite gonococică la o copilă şi prezenţa unei uretrite de aceiaşi natură la un inculpat, constitue o presumţie temeinică în favoarea acuzaţiunei şi a atentatului la pudoare.

Medicul, pentru a se putea pronunţa în cunoştinţă de cauză are nevoie de un examen repetit în mai multe rânduri, la intervale de 3—4 zile, şi întotd'auna în prezenţa unei a treia persoane.

Simulaţiunea vulvo-vaginitelor, trecute ca rezultat al atentatelor la pudoare, sunt destul de frecvente şi uneori aşa de bine întocmite, în cât ele pot induce în eroare pe medicii cei mai abili.

In faţa unui caz îndoelnic medicul expert va rămâne în sfera probabilităţilor şi va cere în asemenea împrejurări şi concursul specialiştilor în materie. G.

A. GUACCERO. — **Tenotomia şi unirea chirurgicală a tendoanelor, din punct de vedere al alungirei, şi al transplantaţiunei.** *(Archivio di Ortopedia,* 1909, fasc. 3, pag. 198. Intr'o serie de experienţe făcute pe iepuri, autorul studiază: tenotomia, reunirea la distanţă cu interpunerea unui fir de sutură, alungirea prin dedublare, transplantarea totală şi parţială.

Cu această ocaziune el constată că după tenotomie adese ori părţile nu se unesc sau se unesc vicios, şi pentru acest cuvânt el preferă alungirea tendoanelor cu sutură, care asigură reconstituirea anatomică şi asigură tensiunea fisiologiceşte indispensabilă a fasciculului muşchiular. Sutura la distanţă, cu mătase este bună şi rezultatul este cu atât mai bun cu cât tendonul interpus, este mai scurt.

Sutura capetelor tendinoase, în cazul de dedublare prin metoda lui Bayer s'a făcut circular, cu un crin de Florenţa, după exemplul lui Codivilla. Implantaţiunea tendonului, pe un alt tendon sau pe schelet este bună. Alungirea tendonului paralitic, de către fasciculul muscular sănătos, care a fost implantat pe dânsul nu se poate produce de cât când tendonul este cu desăvârşire degenerat, iar muşchiul e puternic; mult mai degrabă se produce însă o regenerare a capătului tendonului paralitic. G.

CONSTANTIN BOTEZ. — **Evoluţia craniului în raport cu muşchii care se înseră pe el.** *(Teză,* Iaşi 1908—1909 No. 312). Este o lucrare de 51 pagini făcută sub preşedenţia d-lui Prof. Juvara, în care, autorul bazat pe numeroase statistici, arată că:

Cutia craniană are două roluri: unul de a protege encefalul şi altul de a da inserţiuni musculare.

Intre aceste două roluri există un antagonism.

Expansiunea encefalului cere o osificare şi o sutură tardivă a oaselor craniene.

Inserţiunea muşchilor cere din contră o osificaţiune şi sutură precoce.

Encefalul se desvoltă când cutia craniană îi permite.

Cutia craniană fiind in specia umană pusă în noui condiţiuni, s'a desbrăcat în parte de inserţiuni musculare şi a avut ast-fel posibilitatea să se desvolte.

DUDLEY P. ALLEN.— **Manifestările târzii ale hmoragiiior intra-craniene de origină traumatică.** *(Surgery, Gynaecology and Obstetrics,* Vol. IX, No. 3, Sept. 1909, pag. 299 — 315). Autorul atrage atenţiunea asupra manifestărilor târzii a unor hemoragii intra-craniene de origină traumatică. Dacă hemoragiile recente ale meningei mijlocii — ce produc hematomula extra-dural — se cunosc de obiceiu repede şi se operează, nu tot aşa se întâmplă cu cele intra-durale, cu simptamatologie obscură şi cari one-ori nu provoacă de cât accidente târzii, greu de interpretat. Vom da pe scurt două observaţii personale ale lui D. A.:

Observaţiunea I. — Un om de 56 de ani e lovit, la 9 Mai 1896, de un cal, în regiunea fronto-parietală dreaptă: timp de o jumătate de oră e în nesimţire. O; plagă mică a pielei capului se vindecă repede. Până la 17 Iunie 1896, bolnavul nu e îngrijorat; atunci îi apar însă cefalagii persistente. La 20 Iunie, bolnavul simte oboseală în braţul şi gamba părţii drepte; îşi pierde apetitul, e constipat, îi vine să doarmă şi e abătut. Ochii îi sunt normali ca vedere şi mişcare a muşchilor intrinseci şi extrinseci. La 26 Iunie 1896, (48 de zile după accident), are loc intervenţia: trepanare la nivelul cicatricei regiunei fronto-parietală dreaptă; nici o fractură; dura-mater e intactă. Se fac mai multe puncţiuni fără rezultat. Atunci se face o a doua trepanaţie în partea opusă (lă stânga, prin urmare): nu e nici o fractură în partea superioară a regiunei paretale, osul e însă subţiat şi se vede o proeminenţă albăstrie deacurmezişul tablei interne. Perforându-se osul se produce o hemoragie abondentă; dura-mater e mai groasă ca de obiceiu. Se face o incizie şi se scurge din spaţiul sub-dural o mare cantitate de sânge fluid de culoare negricioasă, apoi numeroase chiaguri. Cantitatea sângelui lichid şi cuagulat, evacuat, e aproape 180—200 grame. Inchiderea plăgii şi drenarea cu tifon. Bolnavul se restabileşte progresiv. Timp de 9 ani a fost sănătos, în urmă şi-a pierdut memoria, l-a durut capul şi a murit în Ianuarie 1900. — 12 ani după accident.

Observaţiunea II. — Un bătrân de 71 ani, inginer, căzând din trămvai la 11 Noembrie 1908, a primit o contuzie puternică pe partea stângă a craniului; nu şi-a pierdut cu totul cunoştinţa, dar a fost zdruncinat. A stat culcat o săptămână şi a rămas în cameră 5 săptămâni. In răstimpul acesta n'a avut de cât o depresie mentală, dar la 8 Ianuarie 1909 avea turburări în mers. Starea înrăutăţindu-i-se repede, fu primit în spital la 16 Ianuarie 1909. Bolnavul părea că nu vede nimic; pupilele reacţionau la lumină; braţul şi gamba dreaptă, ridicate din pat, cădeau greu când li se da drumul. Mişcările braţului şi gambei drepte păreau normale. Operaţie imediată. Trepanare în regiunea parietală stângă, imediat sub muşchiult emporal: nici o fractură, dura-mater e normală; când e incizată se scurg 180 — 200 grame lichid negricios, asemănător sângelui diluat, alungat de pulsaţiile creerului. După evacuarea şi uscarea cavităţei se vede că emisferul cerebral e împins şi turtit, neprezentând însă leziuni aparente. Sutura plăgii, cu drenaj. Bolnavul se vindecă si-şi reia ocupaţiile (5 Mai). Convalescenţa n'a fost turburată de cât odată, când i s'a luat drenul, atunci şi în zilele următoare a avut confuzii mintale şi flexiunea forţată a braţului drept. S'a pus din nou un dren prin care s'a scurs o mare cantitate de serositate; ordinea s'a restabilit şi drenul nu s'a scos de cât după ce scurgerea seroasă secase.

D. A. a căutat observaţii analoage în literatură şi a putut aduna 27. In toate cazurile, ca şi în cele observate de el, a fost un interval de timp destul de considerabil între traumatism şi apariţia accidentelor secundare. Intervalul cel mai scurt a fost de 15 zile (Golding Bird); cel mai lung de 9 luni (Bartlett).

Aproape în toate cazurile, simptomele cele mai obişnuite au fost: parezia sau paralizia membrelor părţii opuse, slăbirea facultăţilor intelectuale, succesiv afazia sau parafazia; pupilele în general normale, afară de câteva cazuri când erau în midriază.

Rezultatele intervenţiilor au fost satisfăcătoare, fiindcă din 27 cazuri operate s'au vindecat 25 şi 4 au murit. In toate cazurile, (afară de unul, Dawbarn, în care era în acelaş timp hemoragie extra şi intra-durală) nu s'a găsit la operaţie de cât resturile unei hemoragii intra-durale, caracterizate prin chiaguri şi un lichid negricios, sanguiform, la fel cu cel ce se găseşte într'o hemartroză. Cantitatea acestui lichid găsit de operatori variază între 50—200 grame, dar aprecierea acestei cantităţi e foarte variabilă.

Un fapt curios şi interesant să fie semnalat e că, în majoritatea cazurilor, nu era nici un „travaliu de organizare“, împrejurul acestei revărsări sanguine intradurale: numai în oare cari cazuri se găseşte semnalată existenţa unei pături fibrinoase puţin groasă, împrejurul hemoragice.

EMIL G. SOCOR. — **Rigiditatea Cadaverică.** *Teză*, Iaşi 1909 No. 319. In această lucrare, făcută sub presidenţia d-lui Prof. Bogdan, autorul studiază diferitele fenomene care se petrec în muşchi în timpul rigidităţei, arată deosebirea dintre contracţiune şi rigiditate, cum şi diferiţii factori care pot influenţa producerea rigidităţei cadaverice.

Autorul conchide că: rigiditatea cadaverică este o scurtare trecătoare a muşchiului, întocmai ca şi contracţiunea lui.

Relaxarea rigidităţei cadaverice în muşchi, se face după un timp oarecare, independent de putrefacţie.

Numai coagularea miosinei lui Kühne nu ne explică legea lui Nysten în şirul care urmează rigiditatea în muşchi.

Cu mare probabilitate rigiditatea cadaverică, după cum a întrevăzut-o Nysten, este ultima licărire a activităţei musculare.

Muşchiul murind, mai face o contracţie sub impulsul asfixiei succesive a neuraxului cerebro-spinal.

G.

E. CODMAN. — **Transplantaţiune osoasă, detalii asupra unui caz, operat după metoda lui Huntington** (Bone transference. Report of a case of operation after the method of Huntington). *Anuals, of Surgery*, 1900, Part 198, Vol. 49, No. 6, pag. 820. Autorul raportează rezultatul îndepărtat — după 3 ani, a unei transplantări de peroneu. Un lucrător, în vârstă de 32 ani, atins de osteomielită a tibrei drepte de vre-o 20 ani. Incercase o serie de operaţiuni, dintre cari şi rezecţia sub periostică a diafisei, dar nici o regenerare nu se produsese, şi el rămăsese complect impotent. Codman decise de a practica operaţia lui Huntington, adică substituirea peroneului la tibie. Pentru aceasta el face pe gambă o incisie transversală de vre-o 12 cm., la 4 lăţimi de deget sub rotulă, la nivelul extremităţii inferioare a fragmentului tibial superior. Acest fragment este regulat şi escavat în centrul său; peroneul este secţionat transversal la aceiaşi înălţime; şi, îndreptând gamba uşor în afară, se poate aduce diafisa tibială superioară şi se bagă chiar cu forţa în ţesutul spongios evidat pentru acest lucru. Spaţiul creat prin deplasarea peroneului este umplut printr'un lambou împrumutat de la muschiul tibial anterior. După cinci săptămâni de imobilizare unirea peroneului ca tibia se făcuse şi era bună; bolnavul a purtat atunci în timp de câte-va luni un aparat de contenţiune compatibil cu mersul prin ajutorul cârjelor, spre a favoriza hipertrofia peroneului. Două radiografii luate una la un an, alta 3 ani după operaţie, au arătat în mod clar progresul acestei hipertrofii. După un an de la operaţie bolnavul mergea fără susţiuător. Actualmente, după 3 ani, rezultatul este excelent. Există cu toate acestea un uşor grad de schiopătare, ţinând la o scurtare de $2^1/_2$ cm. Codman apropie de această frumoasă observaţiune pe aceia a lui Huntington, care a făcut transplantaţiune complectă, în acest sens că el a secţionat diafisa peroniera la cele două extremităţi, şi aceia lui Stone cari a avut un succes la fel. De atunci autorul a mai avut ocazia de a practica această operaţie la un alt bolnav, dar în acest caz reuniunea osoasă a tibiei şi a peroneului nu este încă complectă.

G.

G. HIGGUET. — **Indicaţiunile intervenţiunilor chirurgicale pe cloasonul nasal. Alegerea unui procedeu.** — *(Société belge d'otologie, de rhinologie, et de laryngologie,* Bruxelles, 13 Juin 1909). Deviaţiunea cloasonului nasal poate să determine turburări nervoase, pulmonare, vasculare sau nasale care pledează în favoarea unei intervenţiuni. In această cestiune se pot prezenta mai multe eventualităţi:

— Deviaţiune şi rinită: în acest cas, trebue să operăm mai întâiu deviaţiunea căci rinita cedează în general fără nici un alt tratament;

— Deviaţiune şi polipi mucoşi: atunci trebue să ridicăm mai întâi polipii şi apoi să ne ocupăm de deviaţiune;

— Deviaţiune şi sinusită: tot-deauna trebue ca în primul loc să operăm sinusita. Calea externă este cea mai sigură. Pentru pintenii cloasonului, autorul preconizează septotomul lui Mouret; crestele se extirpă cu ajutorul foarfecelui sau al pensei gouge, după ce au fost descoperite de mucoasa lor.

In fine, în ceia-ce priveşte deviaţiunile, autorul nu admite alt procedeu de cât rezecţia submucoasă — singura care respectă mucoasa şi dă un rezultat perfect.

G.

H. ROBB. — **Aerul salelor de operaţiuni ca factor posibil în infecţiunea plăgilor.** *(The American Journal of Obstetrics and diseasés of Women und Childreu,* Vol. LX, No. 3, Sept. 1909, p. 451—463).
In acest articol, R. expune experienţele ce a făcut în scopul de a cerceta dacă, prin o preparaţie specială a sălei de operaţiuni, ar fi fost cu putinţă de a reduce la minimum numărul bacteriilor vii ce se găsesc în aer.

Mai mult, el a căutat să ştie dacă faptul întrebuinţărei unui ventilator elecric în sala de operaţiuni, ar fi o practicare inofensivă.

In prima serie de experienţe, R. s'a silit să noteze dacă diferitele metode de preparaţie ale sălei aduc o diferenţă perceptibilă şi constantă în numărul bacteriilor cari cad pe minut asupra plăgilor cu agar-agar solidificate, pe cari le-a expus, şi dacă se observă prezenţa formelor patogene.

El a întrebuinţat când 12, când 20 de plăci de agar-agar; timpul expunerei fiind tot-deauna acelaşi pentru fie-ce serie. Coloniile fură numărate după 48 ore de şedere a plăcilor în etuvă. S'au făcut în urmă culturi şi se sili să identifice pe cât posibil diferitele varietăţi de bacterii. Când această identificare fu imposibilă, se făcură injecţii la cobai şi la epuraşi.

Factorii luaţi în consideraţie au fost: starea pereţilor şi a duşumelei şi faptul dacă ventilatorul mergea sau era oprit.

Experienţele fură împărţite în modul următor:

Seriile A. — Duşumeaua spălată cu o soluţie de sublimat 1/1000.

Sceiile B. — Duşumeaua spălată cu o soluţie de acid fenic de 1/20.

Seriile C. -- Duşumeaua spălată cu apă multă.

Seriiie D. — Nici o spălătură de duşumea.

Seriile E. — Experienţa în alte sale şi nu în sala de operaţie şi fără curăţirea duşumelei.

In fie-care serie, s'au expus plăci de agar-agar odată cu ventilatorul în mers şi altele cu ventilatorul oprit. Injecţiile de încercare la animale fură făcute în muşchii spatelui, cu un centimetru cub de bulion de cultură de 24 sau 48 ore.

R. dă rezumatul diferitelor serii de experienţă şi trage concluziile următoare:

1. Pentru duşumea, se pare că, toate celel'alte condiţiuni rămânând aceleaşi, e o diferenţă însemnată între cazurile când se spală cu o soluţie antiseptică (căderea de la 0,65 — 4,08 colonii pe minut pe plăcile cu agar-agar) şi acele cari se spală cu o soluţie neantiseptică, (cădere de la 14,2 — 19,6 colonii pe minut).

2. Pentru ventilator e greu de conchis.

3: Pentru pereţi, pare că starea lor aduce cele mai mari deosebiri şi aceasta s'a obsrrvat din întâmplare. In adevăr, se constatase cu mirare lipsa aproape complectă de colonii într'o serie de experienţe, cu toate că aceste au fost făcute cu ventilatorul desckis şi după ce se spălase duşumeaua cu apă simplă. Ori, se află că, cu puţine zile înainte, pereţii fuseseră curăţiţi (spoiţi) cu totul. Noi serii de experienţe confimative au arătat marea importanţă a acestui factor.

4. In ce priveşte chestiunea publicului, R. spune că chiar când ventilatorul este deschis, chiar pereţii fiind murdari şi duşumeaua nespălată, nu cad aproope de loc colonii mierobiene pe plăci, dacă aceste sunt expuse în sală, într'o Duminică, când nimeni nu circulă în jurul lor.

5. Autorul notează acest fapt interesant că s'a găsit bacilul pyocyanic într'o sală; unde fusese operată cu 3 săptămâni mai înainte, o afecţie cu bacil pyocyanic.

6. Experienţele făcute în laboratorii au arătat puţine bacterii, şi printre aceste nu s'au găsit coli ca agent patogen pentru animale.

7. Vara, când ferestrele sunt tot-deauna mai mult sau mai puţin deschise, numărul bacteriilor pare a fi mai mare în aerul din sală de cât iarna.

Din experienţele sale de analisă bacteriologică a aerului şi din practica sa operatorie asupra omului şi a câinilor, B. crede să poată conchide că rotaţia unui ventilator electric, într'o sală de operaţie, nu expune plăgile la infecţia bacteriană.

G.

I. E. DALE. — **Tumoare cerebrală cu simptome anormale.** *Medical Record,* Volumul 76, No. 6, 7 Aug. 1909, pag. 217 — 218). Interesul acestei observaţiuni stă în absenţa complectă a cefaleei, adică a unuia din semnele cele mai constante ale tumorilor cerebrale, în cursul afecţiunei care a fost urmărită vre-o 3 luni. E vorba de un tânăr de 16 ani, care prezenta la interval de două luni două crize gastro-intestibeale acute, amintind o puternică indigestie. In timpul şi în intervalul dintre crize, temperatura rămâne sub cea normală, oscilând între 35,5 şi 36,4. Se stabileşte apoi progresiv o constipaţie cu crize trecătoare însoţite de tenesm şi de puţin melenă. Timp de 5 săptămâni a persistat această stare de constipaţie cu vomismente intermitente, hipotermie puls regulat, nici o urmă de cefalee; inima, plămâni, alte viscere normale.

La 28 Sept., (ultimele accidente datau din 7 Iulie) bolnavul are dispune progresivă cu cyanoză din ce în ce mai distinctă şi intră repede în coma. Ochiul stâng este închis cu pupila contractată pe când cel drept este deschis şi pupila dilatată. Afară de câte-va tremulaţiuni în jumătatea stângă a feţei, bolnavul este imobil şi nesimţitor.

Moartea vine după o oră de la începutul acestor fenomene.

La autopsie se descoperă o tumoare de volumul unei cireşi mari, cu aspect roşu, pediculat pe coperişul ventriculului al patrulea şi îngreunând centrul respirator bulbar. Pediculul se înfige cu vre-o 2 cm. în creerul mic şi şterge aci desenul arborelui vieţei. Tumoarea însă-şi este un endoteliom ale cărui celule se grupează excentric împrejurul vaselor mici.

G.

KNYVETT GORDON. — **Un caz fericit de hysterectomie pentru infecţie puerperală.** (A successful case of hysterectomy for puerperal infection). *(The British Médical Journal,* Iunie 1909, No. 2.529, pag. 1479). Hysterectomia în cazuri de infecţie puerperală, zice autorul, a fost foarte rar urmată de succes, pentru motivul că în momentul când se practică, streptococul a ajuns în circulaţia sanguină şi intervenţiunea vine prea târziu.

In cazul de faţă era vorba de o femeie de 23 ani, sănătoasă înainte de naştere dar căreia, din cauza retenţiei placentare, i s'au făcut două exploraţiuni manuale intra-uterine, în condiţiuni de curăţenie cam îndoelnice. Este adusă la spital într'o stare foarte gravă, cu vaginul acoperit de plăci de sfacel iar din uter se scurgea un puroiu abondent.

I se face imediat un raclagiu şi o tamponare antiseptică. Apoi, neconstatându-se prezenţa microbilor în sângele circulaţiunei generale, se practică hysterectomia supravaginală, lăsându-i în loc cele două ovare; se drenează prin colul uterin, se aplică peritoneul pe deasupra, suturându-l, şi se închide pântecile complect. Bolnava s'a vindecat fără nici un incident.

Autorul conchide că în asemenea cazuri histerectomia totală este preferabilă, dar în cazul de faţă, cea vaginală a avut avantagiul, zice dânsul, de a fi mult mai scurtă.

G.

KLEINERTZ (Charlottenbourg). — **Infecţiunea tetanică prin catgut (catgut sterilizat).** *(Berliner Klinische Wochenschrift,* Vol. XLVI, No. 36, 6 Septembrie 1909, p. 1654—1656. Infecţiunile tetanice prin catgut sunt frequente în Germania ori-care ar fi de alt-fel procedeul întrebuinţat pentru a-l steriliza. K. a reunit 33 de cazuri mortale în care catgutul îi pare că trebue să fie vinovat.

El dă un procedeu simplu zis: „catgut steril de Kuhn“, care ar pune la adăpost de ori-ce infecţiune.

Catgutul brut este deja aseptic mulţumită procedeelor speciale de preparaţie, la care este supus şi pe care îl descrie K.

Trebue luat de pe un intestin proaspăt, ne răsucit şi neuscat de mai 'nainte. Catgutul e preparat mecaniceşte, aproape neatins, cu maşini sterilizate şi în ateliere ad-hoc, ţinute într'o curăţenie ireproşabilă.

Catgutul brut se dă în pachete aseptice, şi chirurgul îl sterilizează el însuşi potrivit trebuinţelor sale.

Această din urmă sterilizare se obţine printr'o imersiune prelungită (în timp de 3—4 zile) într'o soluţie de iod şi de iodură de potasiu. Apoi catgutul se trece în alcool timp de câte-va zile pentru a-l usca; după aceasta se pune în tuburi sterilizate. In momentul când ne servim de el, îl muiem într'o soluţie slabă de acid-fenic. Catgutul se mai poate steriliza în benzină iodată şi se poate păstra în gaz sterilizat.

Acest catgut este de o extraordinară flexibilitate şi soliditate; soliditatea sa permite întrebuinţarea unui număr mai mic ca cel obicinuit.

El se resoarbe în 14 zile până la 3 săptămâni.

Experienţele făcute de K. demonstră că sporii cei mai rezistenţi sunt omorîţi de soluţia iodată.

G.

PITTERLEIN. — **Chirurgia creerului. Un caz de arachnoidită adesivă circumscrisă, de origină traumatică.** *(Münchener medizinische Wohhenschrift,* 56, No. 34, 24 August 1909, pag. 1762 — 1763. Un om de 31 ani, cade de pe cal şi primeşte o lovitură în regiunea temporală stângă. Pentru un moment, accidentul n'are nici o importanţă. Rănitul, nu numai că nu-şi pierde cunoştinţa dar voeşte chiar să încalece din nou. In aparenţă nu era de cât o contuzie a părţilor moi fără urmă de fractură.

Dar chiar de a doua zi se semnalează accidente encefalice. Individul se plânge de turburări ale echilibrului, când stă jos sau în picioare, şi tinde să cadă în partea dreaptă. Nystagmus în planul orizontal şi în planul vertical. Reflexele intacte; o simgură vărsătură şi cefalalgie violentă cu sezaţiuni vertiginoase. Examenul otologic exclude o leziune a labirintului. De asemenea se crede a fi o leziune cerebeloasă — probabil o revărsare de sânge.

După o lună, aceleaşi accidente persistă. Se mai adaugă slăbiciunea muşchilor cefei, braţului şi gambei drepte — necoordonare în mişcările membrelor, nesiguranţă în mers. Cefalee foarte accentuată.

Prin puncţie lombară se scoate lichid cefalo-rachidian normal.

Către a 30-a zi de la traumatism, se face o craniectomie. Se resfrânge un lambou temporal mergând până la linia sagitală. Dura mater prezintă o zonă mare ca o piesă de 5 lei, de culoare anormală, uşor ridicată, moale, fluctuentă. neelastică şi fără bătăi. Această zonă e în raport cu prima circonvoluţiuue frontală. Opetorul resfrânge un lambou din dura mater. Imediat se scurge o mare cantitate de lichid cefalo-rachidian; se găsesc mase gălbui şi un exudat prin care se găsesc vasele din pia-mater acoperite de un văl. Suprafaţa cerebrală este ascunsă.

Se înţeapă în diferite locuri meningele moi şi se fac inciziuni cari permit evacuarea unei mari cantităţi de lichid cefalo-rachidian. Creerul decomprimat începe să bată.

Nu era nici o urmă de revărsare de sânge sau de leziune encefalică, Te aflai în faţa afecţiunei descrisă de Krause şi Praczek sub numele de *„arachnitis adhaesiva circumscripta"*.

Repunerea lamboului din dura-mater şi a plăcei osoase. De cu seară cefaleea şi ameţelile dispar. După 48 ore, necoordonarea motrice încetează. Vindecare repede şi complectă, fără incidente.

G.

ŞTEFAN CAZIAN. — **Contribuţiuni clinice cu privire la psihoza pelagroasă**, *Teză*, Iaşi, 1909, 1909, No. 326. Psihoza pelagroasă, zice autorul, în concluziunile sale, reprezintă complexul de tulburări psihice care survin adesea la pelagră.

Foarte rar se întâmplă ca tulburările mentale să izbucnească dela primele atingeri ale pelagrei.

Din punct de vedere al formei clinice, psihoza pelagroasă intră în cadrul confuziunei mentale tipice, astenice, care îi imprimă imaginea ei caracteristică.

Celelalte manifestări secundare, ca excitaţia maniacă şi depresiunea melancolică, nu sunt decât nişte tulburări episodice, trecătoare.

Psihoza pelagroasă, ca şi toate psihozele manifestate prin confuzie şi obtuzie, este o psihoză toxică, produsă prin subminarea organizmului şi mai ales a a sistemului nervos, de un alcaloid vegetal, ce provine din alterarea porumbului neajuns la maturitate şi insuficient uscat. G.

VORSCHUTZ. — **Despre intervenţiunea operatoare în turicefalie.** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd., 99 h., 3 — 6 1909, pag. 386 — 402. Atenţia chirurgilor a fost puţin atrasă, până acum, asupra acestei deformaţiuni ciudate a craniului asociată cu turburări grave şi progresive ale vederei. Nu este tocmai rar, ba chiar în ultimii ani sau publicat o mulţime de cazuri: Esling în 1904, a strâns 42 observaţiuni; de atunci au apărut lucrările lui Velhagen (3 cazuri), Oberwarth (8), Meltzer (20), Dorfmann (3). Aproape toate aceste fapte au fost strânse de oftalmologişti şi privite mai ales din punct de vedere al turburărilor oculare.

In adevăr, este aproape constant că deformaţiunea caracteristică a craniului de jur împrejur, este însoţită de o slăbire bilaterală şi progresivă a vederei care sfârşeşte prin orbire complectă. Strângând la un loc observaţiunile lui Esling, Oberwarth, Dorfmann şi Meltzer, găsim 6 cazuri de stază papilară, 26 de nevrită optică, 28 de atrofie optică şi numai 9 cu vederea intactă.

Dacă sindromul conturului craniului este astăzi bine stabilit, patogenia rămâne foarte obscură: s'a incriminat rachitismul, ereditatea nevropatică, o meningită seroasă cu hidrocefalie ventriculară (Meltzer), o synostoză prematură a suturilor craniului cu hipertensiunea consecutivă. Dar acestea sunt numai ipoteze fără nici o buză solidă.

Incercările terapeutice, până acum au fost puţin numeroase. Melţer propune puncţia lombară şi dacă canalul rachidian nu comunică cu cavităţile encefalice, puncţiunea ventriculară; Dorfmann recomandă trepanaţia decompresivă; unul din cei trei bolnavi a fost operat de Eiselberg: cefaleea violentă a dispărut iar vederea s'a ameliorat. Levi a recurs într'un caz, la injecţiuni de tiosinamină, dar n'a obţinut nici un rezultat.

Vorschütz se asociază la concluziile lui Meltzer: indicaţia este de a slăbi tensiunea intra-craniană exagerată; ea este induscutabilă în cazurile cari sunt încă în evoluţie, la care simptomele se agravează iar vederea nu este încă pierdută, (stază papilară, nevrită optică); din contră, când leziunile au devenit staţionare şi definitive, când atrofia optică e complectă, ori-ce intervenţie e nefolositoare. Procedeul cel mai simplu este puncţia lombară, dar adesea ineficace de oare-ce creerul mic afundându-se în gaura occipitală întrerupe comunicaţia între cavităţile craniene şi cele rachidiene. Se va recurge atunci la puncţia ventriculară, făcând un orificiu strâmt în craniu şi înfigând în crerul mic un ac armat cu un mandrin; se va putea încerca atunci puncţia corpului calos, preconizată de Bramann la ultimul congres german de chirurgie sau drenajul permanent al ventriculului prin procedeele lui Mikulicz şi Payr.

In sprijinul părei sale, Vorschütz aduce observaţia unui bolnav operat, fără succes de alt-fel, de Tilmann. Era vorba de un băiat de ereditate normală, sănătate puţin cam şubredă, inteligent, fără nici un semn de rachitism. La vârsta de 6 ani a avut o meningită cu redoarea cefei. Din copilărie, vederea ochiului drept puţin slăbită şi are protrusiunea ochiului.

Capul strâmpt şi înalt, ca un oval; diametrul occipito-frontal 48 cm,, circomferinţa capului 47 cm. fruntea turtită. Protursiunea ambilor globi oculari, pupilele neegale, fără nystagmus, amoroza complectă la dreapta, vederea conservată în parte la stânga; la oftalmoscop, pupilele decolorate, nevrită optică, fără alteraţiuni ale vaselor. Nici o turburare motoare sau sensitivă, aferă de existenţa zonelor hiperestezice în dreptul bossei parietale drepte şi în lungul părţei drepte a liniei spinoase, de la occipital la sacru.

Se face o puncţie lombară, care dă scurgere lichidului cefalo-rachidian, uşor turburat dar steril, cu polinucleoza moderată; o nouă puncţie, făcută a doua zi, dă numai câte-va picături de lichid. Aceste puncţiuni sunt urmate de cefalee, de redoarea cefei, de vomismente, de febră (38°,5). Din cauza acestor agravări, se intervine.

In regiunea anterioară şi dreaptă a craniului, la unirea frontalului cu parietalul se descopere osul şi se trepanează pe întindere de o piesă de 5 lei, Creerul denudat nu bate. Se incizează dura-mater: circumvoluţiunile apar lăţite şi in partea anterioară a plăgei, de o coloraţiune albastră cyanotică. Se fac mai multe puncţiuni, fără a găsi lichid hidrocefalic. Se suturează atunci dura-mater, se excizează rondela osoasă şi se închide plaga cutanată. După patru zile, creerul şi-a reluat bătăile.

Această operaţie a fost urmată de o ameliorare trecătoare, dar după zece zile vomismentele şi cefalcea au apărut din nou. O lună după operaţie, se produce o hernie cerebrală la nivelul spărturei osoase. După mai multe puncţiuni lombare, cari n'au dat de cât câte-va picături de lichid, se face o puncţie cerebrală prin orificiul de trepanaţie şi se scoate 15 centimetri cubi de lichid cefalo-rachidian fără alt rezultat de cât o ameliorare de câte-va ore. Bolnavul slăbeşte încet, încet şi sucombă după 34 zile de la trepanaţie.

Autopsia craniului a fost făcută complect şi Vorschütz o comunică cu numeroase amănunte, dintre cari semnalăm pe cele mai imortante: nu era strâmtarea găurilor optice, dar şeaua turcească şi fossa craniană posterioară erau scobite a dânc; suturile sagitale şi temporale erau complecte, sutnra coronală osificată pe pereţi; era hidrocefalie ventriculară şi ridicând creerul s'a rupt al 3-lea ventricul ceea ce a provocat scurgerea unei mari cantităţi de lichid clar.

G.

WREDE.—Experienţe de transplantaţiuni articulare. (Experimente zur Frage der Gelenktransplantation) — 38-a Congres german de chirurgie Berlin, Aprilie, 1909. (*Centralblatt für chirurgie*, No. 31, Beilage pag. 35). Wrede a făcut o serie de experienţe pe iepuri, înlocuind extremităţile articulare ale genuchiului unui animal prin piese corespondente de la un alt animal.

Prin examene istologice ale pieselor transplantate, urmărite până a 111-a zi, a constatat că aproape toate celulele osoase se distrug, dar periostul şi măduva se conservă şi produc os nou, de-alungul vechilor trabecule. Celulele cartilagiului se conservă bine în păturile profunde dar dispar către superficie.

Din punct de vedere funcţional, rezultatul obţinut pe aceste animale, conservate 12—13 luni, a fost atât de perfect, mobilitatea articulară aşa de complectă in cât, zice autorul, era imposibil de a recunoaşte genuchiul transplantat. G.

Pediatrie

BABONNEIX et TIXIER. — **La leucemie ches le nourrisson.** *(Arch. de méd. des Enf.* Sept. 1909). Leucemia sugacilor nu e atât de rară cât se pretinde în general. Autorii aduc un număr însemnat de observaţii, fie din literatură, fie din practica lor particulară, de leucemie limfatică şi de leucemie myeloïdă. Urmează un rezumat general al etiologiei, simptomatologiei şi anatomiei patologice ale acestei afecţiuni, care de almintrelea nu prezintă nimic special la sugaci, după părerea chiar a autorilor articolului.

GR. JACOBSON

BRUDZINSKY. — **On signe nouveau sur les membres inférieurs dnns les meningites chez les enfants (signe de la nuque).** *(Arch. de med. des Enf.* Oct. 1909). B. descrie un semn nou căruia îi dă o mare valoare în diagnosticul meningitelor: „semnul cefei". Acest semn constă în faptul următor: dacă copilul, fiind culcat, i se face o flexiune a capului inainte, se observă o mişcare de flexiune a membrilor inferioare în articulaţiunile genuchiului şi coxofemorale.

Acest semn era prezent în 95 % din cazurile de meningită tuberculoasă şi în 100 % din cazurile de meningită seroasă sau purulentă de altă natură.

Autorul afirmă (p. 746) că nu l'a observat nici odată, nici la copiii sănătoşi nici la cei suferinzi de alte afecţiuni de cât afecţiunile meningelor. Totuşi din statistica ce o dă mai departe vedem că acest semn era pozitiv într'un caz de meningism, într'un caz de mongolism şi în 3 cazuri de rachitism sau infantiliom. Aceste din urmă constatări micşorează cum se vede valoarea symptomului

GR. JACOBSON

BIELER. — **Pyelites et pyelonephrites comme complication de la rougeole.** *(Arch. de med. des Enf.* Oct. 1909). Pyelitele şi pyelenefritele n'ar fi tocmai rare în urma pojarului şi autorul a putut observa această complicaţie de 9 ori din 147 cazuri.

Afecţiunea are nevoe de a fi căutată: ea se traduce numai printr'o uşoară stare febrilă şi câte-va dureri în regiunea renală şi este foarte trecătoare. Urinele arată o descuamaţie de celule epiteliale uretrale, vesicale şi renale, mucus, o augmentaţie a numărului leucocytelor şi mici cantităţi de albumină.

Ne putem însă pune întrebarea daca aceste semne sunt suficiente pentru a caracteriza o pyelonefrită (?)

GR. JACOBSON

BARBIER. — **Contribution à l'etude pathologique de l'hypertrophie du Thymus.** *Arch. de med. des Enf.* Nov. 1909. Autorul relatează 5 observaţii de tiraj permanent cu depresiune laterală a toracelui. In 4 cazuri copiii au sucombat în mod subit şi la autopsia s'a găsit o ipertrofie a thymusului. Pe când însă în 3 din aceste cazuri thymusul putea exercita o compresiune asupra tracheei care era turtită şi deviată, în observaţiunea V, lucrurile stăteau astfel. Pe când radiografia făcută în timpul vieţei arăta o umbră enormă, la autopsie thymusul era relativ mic. Autorul crede că în aceste cazuri trebueşte invocată o altă ipoteză anume o compresiune a tracheei prin trunchiul arterial brachiocefalic, el însuşi comprimat de thymus. Incă o altă ipoteză se mai poate susţine anume că din cauza tirajului special s'a dezvoltat o deformaţie thoracică care a modificat strâmtoarea superioară a thoracelui în dimensiunile sale anteroposterioare: tracheea ar fi astfel comprimată în inelul sterno costo vertebral. Şi aceasta cu atât mai mult cu cât e foarte probabil că în expiraţie sau în mişcările de extensiune ale capului, thymusul se urcă înspre gât, şi augmentează astfel compresiunea tracheei, în inelul thoracic superior.

GR. JACOBSON

CZERNY. — **Exsudative Diathese Skrofulose u. Tuberkulose.** *Jahrb. f. Kinderh.* Nov. 1909. Savantul Profesor din Breslau, într'o conferinţă ţinută la adunarea naturaliştilor din Salzburg, dă câte-va lămuriri asupra modului cum concepe D-sa diatheza exsudativă ce a descris-o.

E vorba de o turburare a schimburilor nutritive de origină *congenitată*. Dar această turburare rămâne latentă până când o boală infecţioasă sau o alimentaţie greşită o pune în evidenţă. La sugacii foarte tineri cutireacţiunea este mai tot-deauna negativă şi totuşi ei prezintă diferite manifestări ale diatezei exsudative: acest fapt e suficient pentru a dovedi că D. G. n'are nici o legătură cu tuberculoza. Dacă însă mulţi autori mai susţin că există vre-o relaţiune între D. E. şi tuberculoză, aceasta se datoreşte faptului că la copii tuberculoşi se poate adese-ori observa forme grave şi tenace de D. Ex.

Cauzele cari provoacă isbucnirea manifestaţiunilor la copiii atinşi de D. E. sunt două principale: o alimentaţie greşită şi boalele infecţioase.

Ast-fel se explică manifestaţiunile diatezice ce apar în urma vaccinaţiunei, după pojar, şi mai cu seamă în urma infecţiunei tuberculoase. Cu o alimentaţie potrivită se poate atenua aceste manifestări şi Czerny poate arăta în baraca copiilor tuberculoşi din Breslau, că aceştia nu mai prezintă semnele diatezei exsudative adică ale scrofulozei de odinioară.

D. E. este esenţialmente ereditară. Dacă e une-ori greu de a stabili ereditatea prin anamneză, lucrul se explică prin faptul că simptomele D. E. se atenuează cu vârsta în mod constant. Faptul îşi are importanţa fiind-că autorii francezi consideră complexul simptomatic descris de Czerny ca făcând parte din diateza urică (uricemie); ori, din potrivă, manifestările uricemiei se înrăutăţesc cu vârsta şi cele ale D. E. se exagerează printr'o alimentaţie săracă în purine.

Autorul crede că D. E. este o anomalie congenitală autochtonă şi nu, cum au pretins unii, o stare banală de minoris resistentiae la copii născuţi din părinţi suferind de vre-o boală constituţională oare-care (sifilis, tuberculoză, etc.) Copii atinşi de diateză Exsudativă nu se observă mai des în familiile de tuberculoşi. Din potrivă.

D. E. se observă cu oare-care predilecţie la copiii născuţi din părinţi cu tară nervoasă sau psichică.

D. E. fiind foarte frecuentă, e foarte dificil de a preciza în mod cert manifestaţiunile care-i aparţin în propriu. Tabloul întreg al acestei diateze se va complecta treptat. Multe din manifestările ei scapă prin faptul că sunt observate de specialişti care nu le pot lega cu starea constituţională a copilului.

Formele serioase ale D. E. provoacă apariţia unei stări cunoscute sub numele de „stare păstoasă, de constituţie limfatică“ sau de „stare limfatică“. Simptomele D. E. sunt exagerate de o alimentaţie vicioasă: în particular de ori-ce regim care duce la supraalimentaţie. Abuzul de lapte, şi de ouă, are o influenţă deplorabilă. Dar abuzul de făinoase are aceleaşi neajunsuri. Carnea, din contră, nu are o influenţă defavorabilă asupra D. E., contrariu cu ce se vede în uricemie.

D. E. este prin urmare o stare caracterizată printr'un viţiu congenital al chimismului corporal şi acest viţiu atinge cu predilecţie acele ţesuturi cari sunt sediul principal al variaţiunilor în cantităţile de apă ale organismului. Cu cât proporţia de apă e mai mare, cu atât D. E. se manifestă în mod mai accentuat. Aşa se explică cum intensitatea manifestaţiunilor D. E. scade treptat cu vârsta şi cum putem influenţa isbucnirea sau dispariţia acestor manifestaţiuni după cum vom ordona o alimentaţiune în stare de a augmenta sau de a scădea proporţia de apă a organismului.

GR. JACOBSON

COMBY. — **Deux cas de paralisies diphteriques terminées par la mort.** (*Arch. de méd. des Enf.* Sept. 1909). Comby crede că în aceste 2 cazuri bolnavii ar fi putut fi salvaţi, dacă s'ar fi aplicat tratamentul intensiv prin doze mari de ser.

GR. JACOBSON

COMBY. — **La leontiasis osseuse.** (*Arch. de med. des Enf.* Sept. 1909). Sub acest nume se descrie „o ipertrofie localizată sau difuză a unuia, mai multor sau tutulor oaselor ale craniului şi ale feţei“.

Comby rezumă 2 observaţiuni ale acestei afecţiuni: una datorită lui Curtis Ager, e un tip pur de leontiasis osoasă; cealalta publicată de Renon, Armand Delille şi Monier-Vinard e un caz de gigantism cu leontiasis.

GR. JACOBSON

COMBY. — **Vomissements cycliques chez les enfants.** (*Arch. de méd. des Enf.* Oct. 1909). Această lucrare este o revistă generală asupra syndromului „*vărsături cyclice*“, fără ca autorul să aducă ceva nou în această chestie. Memoriul este urmat de o serie de 104 observaţii sau, mai bine, de 104 sumare de observaţii, căci, din cauza laconismului lor sunt absolut inutilizabile ştiinţificeşte.

Ori-ce s'ar zice acest sindrom ni se pare cu totul artificial, altmintrelea nu s'ar explica cum se face ca d-l Comby a putut observa peste 100 de cazuri de vărsături cyclice, pe când alţi autori n'au întâlnit nici odată acest sindrom. Unitatea syndromului este distrusă în parte chiar de autor, care mărturiseşte că vre-o 50% din cazurile de vărsături cyclice nu sunt alt-ceva de cât apendicite. Pe urmă el ne spune că adese-ori syndromul durează o jumătate de zi sau o zi. Cum se poate în aceste cazuri, deosebi de e simplă indigestie? Variabilitatea simptomelor, diversitatea leziunilor constatate în rarele autopsii ce s'au făcut, ne face a crede ca acest syndrom nu este alt-ceva de cât o etichetă comodă, menită a ascunde ignoranța noastră în numeroase cazuri, dificultatea ce o întâmpinâm de a pune un diagnostic în cazuri *fruste* de apendicită, de intoxicații diverse, de turburări de origină alimentară, de infecții repetate... E foarte verosimil că pe măsură ce cazurile vor fi mai bine studiate, acest syndrom va deveni mai rar și la urmă va dispare.

GR. JACOBSON

COMBY. — **Operation à chaud des adenoïdes.** *(Arch, de med. dec Enf.* Oct. 1909). Scurta convorbire despre părerea lui Boureau, care propune de a opera vegetațiunile fără a aștepta dispariția fenomenelor acute.

Comby reproduce o serie de observații lui Boureau cari par favorabile acestei practice. Hemoragiile nu sunt mult mai abundente și n'au fost nici odată grave și infecțiunile prin plaga faringee nu sunt de temut. De altmintrelea chirurgii nu ezită a opera o adenită supurată sau o osteomyelită. Desobstruarea cavului permite drenajul acestei cavități ceea ce e un avantaj

Metoda lui Boureau ar permite de a evita o sumă de complicații ca otite, sinusite, etc.

GR. JACOBSON

G. MARINESCO.—**Maladie des muscles.** Paris 1910 *(In Traité de médecine et de thérapeutique* a lui Gilbert și Thoint). O fasciculă de 169 pagini conținând 76 figuri, consacrate boalelor muschilor, tratate din punct de vedere medical și anume o primă parte cuprinde studiul miopatiilor primitive, iar o a doua, studiul miozitelor.

Autorul ne descrie istoricul miopatiilor, simptomatologia diferitelor forme sau tipuri (Duchenne, Leyden—Moebins, Erb. Ziemerling etc.), atrăgând atenția asupra faptului esențial că aceste diverse forme, ce diferă prin localizarea lor sau prin prezența unei pseudo-ipertrofi datorite proliferărei țesutului adipos aparțin de fapt aceleiași unități nozologice. De asemenea găsim tratată cu un lux de detali și cu o bogată și îngrijită bibliografie chestiunea patogeniei, diagnosticului, tratamentului, etc.

In partea 2-a găsim studiate diversele miozite. Lucrarea aceasta nu e o simplă expunere a stării actuale a chestiunei, ci cuprinde și un însemnat număr de cercetări personale. Ast-fel autorul a putut studia și analiza, (grație cinematografului) mersul miopaticilor. A descris un tip particular de respirațiune, observat la unul din bolnavii săi, care prezinta în acelaşi timp turburări de sensibilitate și alterațiuni ale nervilor periferici constatate grație biopsiei.

In privința anatomiei patologice, găsim o interesantă și amănunțită descriere a leziunilor muschilor. Notăm în special cele 2 procese descrise de autor sub numele de mioliză și miotexie, primul constând în rezoluțiunea fibrei musculare în fibrile elementare iar ultimul în topirea acestora.

Lucrarea aceasta e indispensabilă tuturor celor cari se interesează de boalele mușchilor, iar cei cari ar dori să facă cercetări noi în această chestiune vor găsi în ea problemele ce rămân de rezolvat.

C. PARHON.

COMBY. — **L'hypertrophie du Thymus et son traitement.** *Arch. de Med. des Enf.* Nov. 1909. E vorba de două scurte articole sub formă de revistă generală în cari se repetă în rezumat cele spuse de Barbier şi de Veiu şi Ollavier în articolele lor (vezi mai sus) fără nici o contribuţie personală.

GR. JACOBSON

D. IONESCU. — **Pharmacologische Untersuchungen über Tetrahydronaphthylamin.** (*Arch. für exp. Path. und Pharmak.* Bd. 60, 1909). Cercetările foarte bine conduse ale autorului 'l conduc la concluzia că acest medicament e fără acţiune asupra sistemului nervos autonom, exceptând totuşi o excitaţie a centrilor vagului. Din contră, are o acţiune excitantă asupra unora din centri simpatici: Ast-fel determină midriaza, constricţiunea însemnată a vaselor periferice şi moderată a celor din teritoriul splanchnicilor, determină contracţiunea muşchilor netezi ai orbitei şi retractorului penisului, e fără acţiune asupra glandelor, determină în fine prin acţiunea fibrelor inhibitrice flasciditatea intestinului subţire.

Medicamentul are o acţiune excitatrice şi asupra centrilor termici, acţiune neutralizată de morfină.

C. PARHON

D. IONESCO.—**Sur les conditions de la sécrétion salivaire réflexe et sur l'action de l'asphyxie sur la sécrétion salivaire.** (*Arch. internat. de Physiol.* 1909 25 Iunie). In secreţiunea reflexă nu intervine o acţiune specială a contracţiunilor musculare precum s'a afirmat. Dacă secreţiunea nu se mai produce în timpul anesteziei, când mişcările sunt abolite, aceasta se datoreşte faptului că centri secretori şi-au pierdut excitabilitatea înaintea celor sensitivo-motori. La animalele curarizate, după ce acţiunea paralizantă asupra secreţiunei a dispărut, excitaţia sciaticului determină în mod reflex secreţiunea salivară, chiar atunci când acţiunea curarei e încă destul de intensă, pentru a necesita respiraţia artificială. In ce priveşte acţiunea excitosecretorie a asfixiei, cercetările autorului demonstră că ea se exercită prin intermediul acţiunei acidului carbonic asupra centrilor bulbari.

C. PARHON

D. IONESCU und GRUENBERG. — **Beiträge zur Kenntnis des Permistoffwechsels im Fieber.** (*Zeitsch. f. kl. Med.* 68 Bd., Heft 3 u. 4). Autorii studiază acţiunea unei albumoze de peşte şi tronaftitrahidurinlaminei (substanţe piretice) asupra eliminaţiunei purinelor. Sub acţiunea lor, eliminarea acidului uric e puţin însemnată pe când acea a bazelor xantice e mult mărită, iar raportul XBN : UN e foarte coborât, (raportul dintre azotul bazelor xantice şi al acidului uric). In febra din infecţii se pot observa variaţiuni ce interesează, când bazele xantice, când acidul uric.

C. PARHON

HEUBNER. — **Ueber schwere Verdaungsinsuffizienz beim Kinde jenseits des Säuglingsalter.** (Despre insuficienţa gravă a funcţiunilor digestive după prima copilărie. *Jahrb. f. Kinderh.* Dec. 1909). Celebrul profesor din Berlin descrie un tip clinic nou, destul de rar. E vorba de o boală *cronică*, care debutează în anul al 2-lea sau al 3-lea şi durează 1 sau $1^1/_2$ an, şi une-ori mult mai mult (până la 9 ani). Afecţiunea se termină de obiceiu prin vindecare. (Autorul a avut numai un caz mortal.

Nici o turburare digestivă în prima copilărie nu permite de a prevedea ceea ce se va întâmpla mai târziu.

Debut une-ori subit, prin turburări gastro-intestinale acute, une-ori foarte grave, (cholera infantil). După ce fenomenele acute au dispărut, copilul nu se restabileşte ci rămâne suferind şi staţionar ca desvoltare, mai multe luni şi chiar mai mulţi ani. Afecţiunea poate debuta încă în urma unei „răceli“, sau se desvoltă în mod treptat, cronic de la început.

Nu e vorbă aci de un tip clinic banal de turburări gastro-intestinale le copil. Pare a predomina mai mult o insuficienţă a funcţiunilor digestive care are o repercuţiune intensă asupra stării generale. Se pare că organismul nu mai e în stare de a utiliza energia ce o primeşte prin alimentaţie şi mai târziu nici nu mai e capabil de a absorbi cantitatea de alimente trebuincioase.

Intr'o primă perioadă, copilul care evolua bine până atunci cu o alimentaţie anume, începe a avea turburări digestive şi slăbeşte. Intr'o a doua perioadă, în urma unei alimentări moderate şi potrivite, copilul pare a se restabili; şi pe urmă, într'o dată, se produce o recădere „catastrofală“. Avem impresia unei impotenţe progresive a funcţiunilor digestive: nu e însă posibil de a spune dacă funcţiunile digestive sau schimburile nutritive sunt alterate primordial: simptomele patologice din partea tubului digestiv nu lipsesc însă (timpanism, gaze...)

E foarte caracteristic faptul că după o schimbare de regim se produce o amelioraţie însemnată, cu creştere în greutate şi dispariţia turburărilor intestinale şi pe urmă, fără nici o modificare a dietei, se produce o recădere.

In evoluţia următoare a boalei, printre numeroase nuanţe se pot deosebi 2 typuri principale.

Tipul I se observă de obiceiu ca tip de debut prin faptul că mai tot-deauna laptele a jucat până atunci un rol predominant în alimentaţia copilului. Scaunele nu sunt diareice, ci din contră păstoase, cu aspectul scaunelor de „săpun de calciu“ — une-ori crise diareice.

Dar ce isbeşte mai cu seamă pe părinţi este lipsa de creştere în greutate. Diferitele modificări în cantităţile sau felul de lapte determină une-ori o amelioraţie transitorie. Dar treptat starea se înrăutăţeşte şi copilul se caehectizează cu atât mai profund cu cât boala durează mai mult.

Un medic competent recunoaşte uşor aci semnele intoleranţei pentru lapte atât de bine studiată de Czerny. Până azi nu se ştie în mod positiv elementul din lapte care pricinueşte boala: e probabil că grăsimile nu sunt numai ele în cauză de oare-ce se poate determina recăderi prin administrarea de lapte ecremat.

Tratamentul acestei forme, constă în suprimarea totală a laptelui din alimentaţie suprimare care are ca rezultat obicinuit vindecarea bolnavului.

Tipul II e mult mai grav. Aci e vorba de o alteraţie atât de pronunţată a funcţiunilor digestive în cât şi elaborarea hidraţilor de carbon este compromisă (lipsa de fermenţi?) Scaunele au un caracter special: ele sunt cenuşii, de consistenţă mijlocie dar împrejurate de un lichid semănând cu laptele de vacă. *Ele n'au un miros fetid ci acid şi reacţiunea lor nu e alcalină ci acidă.*

Şi aici se observă o amelioraţie dacă suprimăm laptele din regim, dar această amelioraţie nu e durabilă. După 2 sau 3 săptămâni se observă de-odată o recădere une-ori bruscă, cu fenomene grave, cu diaree intensă lichidă, sau disenteriformă cu o perdere enormă în greutate şi febră ridicată (30—40°). In rezumat e vorba de o manifestaţie care seamănă cu o infecţiune gastro-intestinală: cercetările bacteriologice au rămas însă fără rezultat. E evident că e vorba de o fermentaţie acidă anormală şi diareea este reprodusă şi exagerată când se dă bolnavului făinuri. Insuficienţa digestiunei în aceste cazuri pare a privi exclusiv intestinul, şi funcţiunile stomacale par a fi neatinse. Starea generală e atinsă ca în gastroenteritele grave: collaps, slăbiciune a cordului, răcirea extremităţilor etc...

Ce e de făcut în aceste cazuri? Nici substanţele grase nici hidraţii de carbon nu sunt suportaţi. Şi nu se poate constitui un regim numai cu albumine.

Autorul povăţueşte pentru aceste cazuri un procedeu empiric: *reîntoarcerea la alăptarea cu lapte de femee chiar la copiii în vârsta de mai mulţi ani,* 15 ani într'un caz). Acest procedeu a permis autorului de a scăpa unii copii cari păreau pierduţi.

In ori-ce caz e indicat de a da la început o alimentaţie exclusiv albuminoasă adică: albuş de ou, brânza din lapte ecremat şi chiar carne. Preparatele de albumină nu aduc nici un folos; când copilul va fi ameliorat se va reîncepe treptat cu făinurile şi pe urmă cu untul. Autorul insistă asupra faptului că cu toată gravitatea symptomelor, el n'a avut decât 1 deces din 10 cazuri. Prin urmare e totuşi vorbă de un proces care se vindecă şi nu trebue să desesperăm nici odată. Cu atât mai mult cu cât din ancheta făcută de Heubner la copiii vindecaţi, vindecarea s'a menţinut.

Care este patogenia acestei afecţiuni? Nu poate fi vorbă nici de greşeli de alimentaţie în prima copilărie nici de o alteraţie a alimentelor, nici de vreo manifestaţie tuberculoasă.

Autorul crede că e în cauză o inferioritate congenitală a funcţiunilor digestive. Această inferioritate n'a eşit la iveală decât în ziua în care s'a suprimat alimentaţia la sân. Acest debut tardif a symptomelor unei afecţiuni congenitale se arată d'altmintrelea şi în alte împrejurări: spasm pyloric, stări nevropatice etc.

Căutând în antecedentele bolnavilor săi, Heubner găseşte, mai la toţi, antecedente hereditare nevropatice.

Autorul compară syndromul descris de dânsul cu cazurile publicate de Herter (Über intestinalen Infantilismus). Cu toate că în descripţia lui Herter e vorbă de copii mai în vârstă, totuşi crede că cazurile sunt identice. Descripţia lui Herter e foarte complectă şi arată o oprire în dezvoltare de origină intestinală, fără îndoială. Dar ceea ce e mai discutabil este patogenia admisă de acest autor: el crede că oprirea în dezvoltare e în raport cu flora intestinală a sugaciului. Adică ar fi vorba de o regresiune a florei şi flora sugaciului ar reapare la aceşti copii mai în vârstă. Din această cauză s'ar opri şi dezvoltarea copilului. Această hypoteză este foarte riscată şi nu e dovedită prin nimic.

Un alt autor a descris cazuri identice: Schütz din Wiesbaden: cazurile descrise de dânsul s'au observat ca şi cele lui Herter la copii mai în vârstă. Syndromul clinic e la fel. Şi el găseşte o modificare a florei intestinale pe care o consideră însă ca secundară. Schütz crede ca Heubner că e vorbă de o insuficientă congenitală a funcţiuni lor digestive. Schütz care a observat mulţi adulţi cu turburări asemănătoare a aflat de la dânşii că mulţi erau bolnavi chiar din copilărie. Urmează 10 observaţiuni personale lui Heubner,

GR. JACOBSON

HELMHOLTZ. — **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Pädatrophie** (Dekomposition) (Contribuţie la studiul anatomopatologic al atrofiei infantile) *Jahrb. f. Kinderh.* vol. 70, p. 458. Rezultate negative: erosiunile mucoasei sunt leziuni cadaverice; celulele lui Paneth nu diferă la atrofia de cele ale altor cadavre — la atrofici leziunile cadaverice sunt mai precoce de cât la alte cadavre.

Pigmentul ferruginos nu pare a fi mai abundent în ficat dar e de obicei abundent în splină.

GR. JACOBSON

KNOEPFELMACHER. — **Hautgrübchen am Kinde** (fosete cutanate la copil). *Jahrb. f. Kinderh.* vol. 70, p. 466. Scurtă notiţă în în care autorul descrie câte-va fosete ce se observă la copii, mai cu seamă la cei cu panicul adăpos bine desvoltat. O secţiune la acest nivel arată că lipseşte cu desăvârşire ţesutul adipos care e din contră, foarte abundent împrejur. Fundul fosetei este rataşat de ţesuturile profunde (periost) printr'o bandă de ţesut fibros.

GR. JACOBSON

KOEPPF. — **Kasein u. Molke.** (Cazeină şi zară). *Monatschr. f. Kinderh.*, VIII, 2. E vorba de o critică a cunoscutei experienţe lui L. F. Meyer. Acesta prepară 2 amestecuri:

I. Zară de lapte de femeie + cazeină şi unt din lapte de vacă.

II. Zară de lapte de vacă + cazeină şi unt din lapte de femeie.

Nutrind sugacii cu aceste 2 amestecuri, constată că cu No. I le merge bine pe când cu No. II survin repede turburări digestive, şi trage concluzia că partea nocivă în laptele de vacă este zara.

Koeppe arată că din punctul de vedere chimic experienţa este absolut greşită. Dacă închiegăm cu chiag laptele de vacă, se precipită nu numai cazeină în stare pură, dar în acelaş timp şi $^2/_3$ din calciu şi $^1/_2$ din acidul fosforic laptelui de vacă Prin urmare zara care rămâne din această precipitare, nu este lapte de vacă minus cazeină şi grăsime, ci lapte de vacă — cazeină — grăsime — 66% ca — 50% acid fosforic.

Pe de altă parte, laptele de femee ne fiind precipitabil prin chiag, pentru a disocia laptele de femee Meyer întrebuinţează altă tecnică adică mai adaogă HCl, adaos care ar fi suficient pentru a anula valoarea experienţei, acidul chlorhydric turburând echilibrul sărurilor în laptele de femee.

In modul acesta s'a modificat şi calitate cazeini precipitate: cazeinei extrasă din laptele de vacă este cazeina pură (acid cazeinic) + Ca + acid fosforic, pe când cazeina extrasă din laptele de femee e cazeină aproape pură. Zărele corespunzătoare sunt prin urmare şi ele diferente din punctul de vedere al sărurilor.

In amestecul I se găsesc aproape toate sărurile din laptele de femeie în formă de ioni + Cl (din HCl) + cazeină de vacă + un exces de Ca şi de acid fosforic

In amestecul II lipseşte o parte din sărurile laptelui de vacă.

Toate aceste consideraţiuni fac ca concluziile trase de Meyer să nu aibă valoarea care le atribuă Koeppe. crede că cauza pentru care amestecul IInu este suportat trebue să fie alta: e posibil pentru dânsul că pentru resorpţiunea unei anumite cantităţi de albumină, trebue o anumită proporţie de săruri şi în special de Ca şi de acid fosforic. Lipsa acestei proporţiuni definite face ca laptele de vacă să fie mai puţin asimilabil ca cel de femee. Autorul crede că amestecul No. I lui Meyer prieşte copilului fiind-că conţine o cantitate de Ca şi de acid fosforic corespunzătoare conţinutului său în cazeină şi fiind-că în acest amestec substanţele minerale se găsesc disociate în formă de ioni. Amestecul No. II nu convine sugaciului de oare-ce nu conţine o cantitate de calciu proporţională cu conţinutul său în albumină şi că substanţele inorganice sunt în formă de combinaţie şi nu sub formă de ioni.

Autorul arată că mai pot interveni şi alţi factori, în particular forme sub care se găsesc diferitele elemente minerale. Analizele cenuşelor ne arată numai proporţiunile diferitelor elemente simple. Modul de combinaţie trebue să joace un rol important întru câtschimbă condiţiunile de solubilitale a cutărui sau cutărui element etc.

GR. JACOBSON

KRASNOGORSKI. — **Über die Wirkung der Ca-Ionen auf das Wasseradsorptionsvermögen des Knorpelgewebes und ihre Bedeutung in der Pathogenese des rachitischen Prozesses.** (Acţiunea ionilor-calciu asupra puterei de adsorpţiune pentru apă a ţesutului cartilaginos şi rolul acestei acţiuni în patogenera proceselor rachitice). *Jahrb. f. Kinderh.* Nov. 1909.

MOIZARD. — **L'hypertrophie et la chirurgie du Thymus.**

MERY, WEILL-HALLÊ et PARTURIER. — **Sérotherapie intensive dans le traitement des angines graves et des paralysies diphteriques.** *Arch. de méd. des Enf.* Sept. 1909. Lucrare interesantă şi foarte bine documentată. In anginele grave unde acţiunea serului nu pare une-ori eficace şi cari sunt urmate de paralizii grave şi une-ori chiar mortale, autorii au modificat technica clasică în modul următor:

a) In perioda acută au augmentat doza de ser injectat, repetând mai multe zile la rând doze de 40, 50 şi 60 cc. de ser.

b) După căderea falşelor membrane s'a injectat zilnic sau din 2 în 2 zile doze de 10 — 20 cc. ser.

c) Când au apărut paralisiile s'a continuat şi cu injecţiile, augmentându-se chiar dosele ast-fel că unii bolnavi au primit peste 500 cc. de ser.

Această practică a fost continuată timp de 5 luni, în care perioadă n'a sucombat nici un bolnav de angină gravă sau de paralizie.

Autorii reproduc 18 observaţii foarte convingătoare şi mai publică alături şi 5 cazuri *mortale* în cari practica precedentă nu fusese aplicată. Se poate constata că cazurile vindecate n'au fost mai puţin grave ca cele mortale, judecând după intensitatea simptomelor.

Concluzia este că practica urmată de autori e bună şi trebue aplicată în cazuri asemănătoare.

Terminànd, autorii reamintesc diferite teorii propuse pentru a explica paraliziile difterice şi arată că toate aceste teorii au un punct comun: existenţa toxinei în sânge, fie că această toxină mai la început combinată cu antitoxină este pusă din nou în circulaţie la un moment dat, fie că bacilii persistenţi în faringe continuă a o secreta. Prin urmare practica autorilor se justifică şi în teorie.

Accidente anafilactice serioase nu s'au observat. GR. JACOBSON

PRESBEANU. — **L'hypophyse dans l'acromegalie.** *Thése de Paris*, 1909. O lucrare interesantă, în care autorul ne dă un amănunţit examen anatomo-clinic, al unui caz de acromegalie şi studiază pe baza acestuia şi a literaturei raporturile ipofizei cu acromegalia, relaţiunile reciproce dintre ipofisa şi cele-l'alte glande cu secreţiune internă şi consacră de asemenea un paragraf opoterapei ipofisare. Autorul respinge teoria insuficienţei ipofisare în acromegalie, admiţând mai mult pe acea a iperfuncţiunei cu posibilitatea participărei şi a altor glande.

Impreună cu Tamburini şi alţi autori, vede în acromegalie 2 stadii: unul acela în care se petrece procesul caracteristic al acromegaliei şi care ar fi în raport direct cu exagerarea funcţiunei ipofisei şi un al doilea stadiu de cahexie în raport cu atrofia sau transformarea malignă a glandei.

Amelioraţiunea produsă în unele cazuri de acromegalie prin hipofisectomie vine în sprijinul părerei susţinută de autor.

O constatare interesantă făcută de d-l Preşbeanu în teza sa e demineralizarea însemnată a oaselor în cazul său. Proporţia sărurilor minerale descinsese de la 50—80 % la 36 % şi rezistenţa scheletului era mult diminuată de unde mai multe fracturi. C PARHON

REIKA. — **Histologische Untersuchungen des Darmes von Säuglingen** (Cereetări istologice asupra intestinului sugacilor). *Jahrb. f. Kinderh.* Nov. 1909. E vorba de cercetări anatomopatologice asupra leziunilor intestinale în gastroenteritele sugacilor, cercetări cu o tecnică perfecţionată. Autorul expune lucrările anterioare şi pe urmă ale sale personale şi trage următoarele concluzii.

Turburările gastro intestinale ale sugacilor chiar toxîcozele alimentare grave pot evolua şi eviluează de obiceiu fără ca să se poată dovedi vre-o alteraţie a epitelului intestinal. Fac excepţie numai cazurile în cari moartea survine numai după o lungă agonie. In aceste din urmă cazuri mucoasa intestinală suferă procese destructice încă pe timpul vieţei.

Pentru a dovedi aceste fapte e indispensabil ca cercetările să fi fost făcute cu un material fixat *foarte repede* după moarte (câte-va minute !)

La copii cari suferiseră de diateză exsudativă mucoas aera infiltrată cu numeroase lencocyte eosinofile. Deja Langstein a semnalat în cazuri de felul acesta în puroiul scaunelor o eosinofilie accentuată. GR. JACOBSON

SCHWARZ. — **Ein Beitrag zu den Unterschieden zwischen Kuh und Menschenmilch** (Contribuţie la studiul diferenţelor între laptele de vacă şi de femeie). *Jahrb. f. Kinderh.* (vol. 70, p. 441). In această lucrare în care hipotezele joacă un rol cam excesiv, autorul caută a demonstra că laptele de vacă diferă de cel de femee nu numai prin diferinţa de compoziţie chimică a cazeinei, ci mai cu seamă prin faptul că grăsimea laptelui de vacă este mai puţin atacabilă de sucurile digestive; şi aceasta fiind-că e mai rău emulsionată şi că globulele de grăsime, sunt înrobate într'o envelopă albuminoasă a căror proprietăţi fizice şi chimice împiedică digestiunea lor.

GR. JACOBSON

SCHELBLE. — **Drittes Sammelreferat über Arbeiten aus der Lehre von der Tuberculoze (1908).** (A treia revistă anuală (1908) asupra lucrărilor referitoare la Tuberculoză). *Monatsckr. f. Kinderh.* Iulie 1809. GR. JACOBSON

VOGT. — **Zur Kenntnis der Stickstoffvertheilung im Säuglingsharn** (despre distribuţia azotului în urina sugaciului). *Monatschr. f. Kinderh.* VIII, 2 şi 3. După trecerea în revistă a lucrărilor anterioare, autorul, din propriile sale cercetări, trage următoarele concluzii: în turburările nutritive grave acute, distribuţia azotului este modificată în sensul că azotul ureei se găseşte în proporţie relativ mică, pe când azotul amoniacal precum şi azotul rămas după scăderea azotului ureei şi a azotului amoniacal sunt în proporţie mai mare. Aceiaşi distribuţie a azotului se observă şi în unele cazuri de turburări nutritive cronice.

Urina sugacilor alăptaţi la sân arată asemenea în mod aproape constant o proporţie augmentată de azot residual, cu un procent moderat de azot amoniacal.

Explicaţia diferă în ambele cazuri. In cazurile de turburări acute ale nutriţiunei, modificarea distribuţiunei azotului se explică prin faptul că acidi-aminele cari rezultă dintr'o elaborare incomplectă a ureei sau dintr'o desasimilaţie patologică a ţesutului hepatic sunt excretate în urină.

Din contră, la sugaciul normal la sân, azotul residiual nu este crescut în urină în mod *absolut*, dar proporţia *relativ* mare a acestui azot residual se explică prin faptul că în alăptarea naturală schimbările albuminoase exogene se fac cu o perfecţiune de care nu poate fi vorbă în alimentarea artificială. GR. JACOBSON

VEAU et OLLIVIER. — **Chirurgie du Thymus.** *Arch. de Med. des Enf.* Nov. 1909. Această lucrare cu totul remarcabilă e o punere la punct excelentă a chestiunei intervenţiunei în cazurile de hypertrofie a thymusului. Autorii aduc 3 observaţii personale de hypertrofie a thymusului operate şi vindicate în urma operaţiei şi reproduc toate observaţiunile de felul acesta existente în literatură (în număr de 14). Pe baza acestor observaţiuni autorii descriu simptomatologia acestei afecţiuni, indicaţiunile şi tecnica operatorie.

Semnele funcţionile principale sunt în număr de 3:

a) *dyspnee permanentă şi tiraj* cari se exagerează prin extensiunea capului, prin poziţia culcată şi prin exploraţia gâtului.

b) *accesele de sufocaţie* cu sau fără cyanoză, de durată variabilă şi cari se pot însoţi de congestie pulmonară. Accesele se pot arăta şi la bolnavi respirând bine până atunci. Ele sunt foarte dramatice şi foarte primejdioase întru cât cazurile de moarte în momentul unui acces nu sunt excepţionale. Aceste accese nu sunt modificate de intubaţie prin urmare nu sunt datorite unui spasm al glotei. Diagnosticul este une-ori foarte dificil cu accesele datorite adenopatiei bronsice, spasmului glotie propriu zis sau unui corp strein.

c) *stridorul,* considerat de mulţi autori ca un semn de hypertrofie thymică nu este datorit, după autorii articolului acestei afecţiuni de oare-ce nu se modifică după operaţie. E probabil că cauza acestui semn rezidă în larynge. — Totuşi e posibil ca să existe un stridor thymic diferent de stridorul laryngeu.

Ca semne secundare s'a semnalat dysfagia şi o formă particulară de eczemă uscată.

Semnele fizice lipsesc adese-ori. S'a semnalat o *bolţire a manubriului sternal, o ridicătură ovoïdă a regiunei paraosternale drepte în momentul expiraţiei* (Mery şi Parturier) *o senzaţie de tumoare suprasternală* apreciabilă la palpatie şi aparentă mai cu seamă în tuse şi în expiraţie.

Blumenreich descrie matitatea tymică: o matitate triungulară cu baze superioară şi cu vârful pe a doua coastă. In stare normală această matitate este separată de matitatea cordului printr'o bandă sonoră: în caz de hypertrofie din contra, matitatea thymică se continuă cu matitatea cordului.

Radiografia care este după Hochsinger un mijloc excelent de diagnostic, dă, după părerea autorilor, rezultate nule sau înşelătoare. Autorii nu o consideră ca fără fiind primejdie şi cred că are inconvenientul de a amâna operaţia în cazuri în cari viaţa copilului depinde adeseori de rapiditatea intervenţiunei.

Ridaoscopia se poate face foarte anevoe la copii mici şi cari nu se astâmpără. Intubaţia ar fi un procedeu excelent de diagnoză dacă n'ar fi primejdioasă.

In ccea-ce priveşte therapentica chirurgicală a acestei afecţiuni s'a propus exothymopexia, resecţia manubriului sternal şi thymectomia parţială sau totală, sub sau extra capsulară. După o discuţie amănunţită, autorii consideră că metoda cea mai bună este *thymectomia sub totală sub capsulară*. Memoriul se termină prin expunerea preciză a *tecnieei operatorii* şi printr'un index bibliografic.

GR. JACOBSON

WIELAND. — **Klinische und anatomische Untersuchungen über sogen. angeborene und über frühzeitig erworbene Rachitis.** (Cercetări clinice şi anatomice asupra Rachitismului aşa zis congenital şi asupra Rachitismului precoce). *Jahrbuch f. Kinderh.* Nov. 1909. Această conştiincioasă lucrare este în mod prea exclusiv din domeniul anatomiei patologice pentru a putea fi rezumată aici în extenso Autorul care, într'un articol precedent a arătat că cliniceşte nu se poate stabili existenţa rachitizmului congenital, caută în articolul de faţă, dacă rachitizmul congenital se poate dovedi anatomiceşte, adică dacă în leziunile squeletului nouilor născuţi şi feţilor se poate întâlni alteraţiunile oaselor rachitice. Pentru a ajunge la o soluţie, autorul începe prin a studia osificaţia normală la noui născuţi, precum şi leziunile suferite de squelet în Rachitism şi în osteochondrita sifilitică. Cu prilejul acestui studiu W. refera toate lucrările anterioare şi le discută pe baza cercetărilor sale personale.

Pe scurt cercetările lui Wieland sunt cu totul defavorabile existenţei rachitizmului congenital. Nici o dată la noi născuţi cu aşa zis ractitism congenital n'a putut observa leziuni asemănătoare cu ale rachitismului.
Leziunile constatate de dânsul sunt dar foarte puţin accentuate astfel că poate fi vorbă de simple variaţiuni ale osificaţiunei normale, sau, când e vorbă de leziuni mai profunde, ele diferă cu totul de leziunile observate în rachitism (sifilis sau alte leziuni cu etiologie necunoscută).

Nici o dată nu s'a observat cele două alteraţiuni caracteristice ale rachitismului precoce anume: lipsa sau micşorarea însemnată a calcificaţiunei în stratul de regresiune cartaliginos şi augmentarea de diametru a stratului de ţesut osteoïd. *Prin urmare nu există un rachitism congenital lateut*: această boală se dezvoltă totdeauna după naştere.

Din contra în craniotabesul *supra occipital* al sugacilor tânări, leziunile rachitismului se observă în mod constant anume: augmentarea însemnată *de diametru* a stratului osteoïd pe lângă micşorarea calcificaţiunei în stratul de regresiune cartaliginos.

Autorul atrage atenţiunea asupra unor leziuni observate de dânsul: existenţa unei substanţe osoase bogate şi ne calcificate în oasele cu creştere rapidă a nouilor născuţi şi prematuri normali. Această substanţă osoasă necalificată se observă cu atât mai bine cu cât observăm mai înapoi în dezvoltarea embryonară (prematuri şi feţi). E vorba de o extensiune în suprafaţă a zonelor necalcificate pe când lăţimea lor rămâne constantă. Treptat cu creşterea (sugaci, copii) scade cantitatea ţesutului osteoid şi în suprafaţă şi în lăţime (diametru).

Astfel că ţesutul osteoïd fiziologic reprezintă nu numai un indice al energiei de creştere a unui teritoriu anume al squeletului foetal, dar prin modificările ce le suferă în diferite stări patologice ale osteogenesei (sifilis, rachitism) reprezintă un criteriu important în diagnosticul diferenţial al acestor afecţiuni. Necunoştinţa acestor noţiuni, confuzia între ţesutul osteoïd normal al nouilor născuţi şi ţesutul osteoïd patologic este cauza pentru care s'a pus, adesea ori, diagnosticul histologic *greşit* de rachitism congenital.

GR. JACOBSON

ZAPPERT. — **Ueber den akuten zerebralen Tremor im frühen Kindesalter.** (*Monatschr. für Kinderh.* VIII, 3). Foarte interesantă lucrare asupra unei forme speciale de tremurătură la sugaci. Această afecţiune se arată între vârsta de 8 luni şi 1 an $^1/_2$; e mai frecuentă la băeţi.

Ea se traduce principalmente printr'o tremurătură cu debut subit a extremităţilor şi a capului. Oscilaţiunile sunt mari. De obiceiu tremurătura e gereralizată. In unele cazuri însă ea e unilaterală sau mult mai acentuată la membrele superioare. Se pot observa şi manifestări spastice din partea membrelor atinse, cu exagerare a reflexelor. Se pot observa şi fenomene ataxice, turburări ale mersului, o tendinţă a capului de a se fixa înapoi. Mai rar s'a observat o hemi-parezie a feţei şi fenomene oculare (nystagmus, deunativ conjugată a ochilor).

Ca fenomene generale se observă: agitaţie, insomnie, ţipete, vărsături, o uşoară ridicare a temperaturei, une-ori fenomene tetanice. In toate cazurile observate până acum, afecţiunea s'a vindecat repede după câte-va săptămâni, fără a lăsa nici o urmă în afară de un singur caz în care a rămas un oare-care grad de inferioritate cerebrală.

Etiologia afecţiunei este necunoscută: s'au incovat intoxicaţiunile, turburările gastro-intestinale sau pulmonare.

Patogenia de asemenea este foarte discutată. Durante consideră această tremurătură ca o formă a tetaniei, hypoteză care nu se mai poate susţine azi. Alţi autori discută chestia, dacă e vorba de o intoxicaţie sau de o afecţiune cerebrală. Apariţiunea tremurăturilor în cursul unor afecţiuni cerebrale evidente (ca tumorile, tuberculii, etc.), existenta, în tipul pe care 'l studiăm, a unor simptome de natură cerebrală, (fenomene oculare, nystagmus, turburări cerebraie, ataxie...), fac pe autor a crede că la sigur creerul este atins, dar leziunile sunt probabil leziuni trecătoare, cum se întâmplă foarte probabil și în coreă, în meningism, în diferite procese toxice sau infecțioase... Autorul propune pentru afecțiunea de față numele de „Tremurătură cerebrală acută a primei copilării". **GR. JACOBSON**

Terapeutică

BARGER aud DALE. — **Über Mutterkorn.** (Despre secară cornută). *(Archiv. f. exp. Path. u. Pharm.* vol. 61, p. 113, 1909. Starea actuală a cunoștințelor asupra chimiei și acțiunei fiziologice a corpilor conținuți în secara cornută, cunoștinți, cari în bună parte se datoresc cercetărilor numiților autori și lui Kraft, poate fi resumată ast-fel:

Activitatea preparatelor de secară cornută este datorită mai ales la două substanțe:

1. Unui alcaloid Ergotoxina $C_{35}H_{41}O_6N_5$ identic atât ca constituțiune chimică cât și ca acțiune fiziologică cu Hidroergotinina lui Kraft și care provoacă gangrena crestei de cocoș, ipertensiune și contracția uterului precum și caracteristica paralisie a simpaticului abdominal. Acest alcaloid este principiul specific activ a diverselor preparate precum acidul sfacelinic, sfacelotoxina, etc. In extractele apoase de secară cornută nu se află de cât în cantitate mică.

Extractele apoase, cari produc ipertensiune și contracțiuni uterine își datoresc acțiunea lor unei alte substanțe, p-Oxifeniletilamina $HO.C_6H_4.CH_2.CH_2.NH_2$, care atât ca constituțiune chimică cât și ca acțiune fisiologică, se apropie mult de adrenalină.

Preparatul descris de Vahlen sub numele de Clavin este un amestec de aminoacizi, în special de leucină și acid asparaginic, pe când așa zisa „Clavinbase" nu este de cât acidul α aminoisovalerianic și afirmarea sa, că acest corp ar fi principiul activ al secarei cornute, nu este sprijinită pe nici un argument convingător.

D. IONESCU

Teză

GOLDSTEIN ISRAEL. — **Considerațiuui medicale asupra adolescenței.** *(Teză,* Iasi, 1909, No. 324). In această lucrare, de 61 pagini, în care studiază rolul creșterei in evoluția maladiilor adolescenței, boalele ce sunt în raport cu ea și higiena adolescenței, autorul ajunge la următoarele concluziuni:

Adolescența este vârsta care începe de la apariția celor dintâi semne ale pubertății și se termină la epoca complectei dezvoltări fizice, în termen mediu de de 12—22 ani.

Stadiile creșterei și în special adolescența, are o influență vădită în evoluția maladiilor.

In patologie nu trebue să considerăm ceea ce obișnuit se denumește „boalele cresterei" ca maladii a căror cauză unică e creșterea, ci aceasta este mediul pe care evoluează diverși factori speciali.

Boalele cari apar în adolescenţă au o acţinne nefavorabilă asupra creşterei, influenţând nutriţiunea şi aducând o modalitate de creştere diferită de acea care preexistă, de aceia trebue să ne preocupăm de măsurile ce trebuesc luate pentru a înlătura pe cât posibil acţiunea lor nocivă.

In ateliere, unde lucrează adolescenţi, să se evite supraoboseala fizică, observându-se şi aplicarea preceptelor de igienă, individuală şi colectivă.

In şcoli, pe lângă cele de mai sus, se adaugă: evitarea supraoboselei intelectuale.

Gazdele, unde locuesc adolescenţi, fie ca şcolari, fie ca ucenici, trebue să îndeplinească condiţiunile de igienă fizică, morală şi educativă,

Pentru o complectă dezvoltare a adolescenţei, nu trebue să pierdem din vedere educaţia caracterului, fortificarea energiei vitale, încurajarea muncei şi speranţa în reuşita vieţei, dezvoltând în tineri, pe lângă rezistenţa fizică, şi idealul normal.

G.

LIBRAIRIE FRANÇAISE H. KOHN

ANCIEN DIRECTEUR DE LA LIBRAIRIE de „l'Indépendance Roumaine
CALEA VICTORIEI— PASSAGE ROUMAIN, 19.— BUCAREST
TÉLÉPHNE 25/83.

Livres de Médecine en vente:

	Lei
Dr. Grashey: *Atlas de Radiographie de l'homme normal*	22.—
Dr. Branca: *Précis d'histologie.*	13.20
Drs. Achard et Loeper: *Précis d'anatomie pathologique*	13.20
Dr. Besson: *Technique microbiologique et sérothérapique*	16.—
Drs. Claude et Camus: *Précis de Pathologie générale*	13.20
Brouardel et Gilbert: *Nouveau traité de Médecine et de Thérapeutique, publié en fascicules sous la direction de* M. M. A. Gilbert et L. Thoinot, ...	
Terrien: *Précis d'ophtalmologie.*	13.20
Marfan et Apert: *Précis des maladies des enfants*	11.—
Bibl. de thérapeutique *sous la direction de M. M. A. Gilbert et Carnot; ont paru:* Kinésithérapie; Mécanothérapie; Médicaments microbiennes; Maladies cutanées et maladies vénériennes. *D'autres volumes sont en préparation*	
Herzen: *Guide formulaire de Thérapeutique*	11.—
Manquat: *Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de Pharmacologie 2 vol.*	24.—
Forgue: *Précis de Pathologie externe, 2 vol.*	24.20
Courmont: *Précis de pathologie générale*	13.20
Collet: *Précis de pathologie interne, 2 vol.*	17.60
Testut: *Précis d'anatomie descriptive*	10.—
Maygrier: *Precis d'obstétrique*	13.80
etc., etc., etc.	

La librairie se charge de procurer dans le plus bref délai et dans les conditions les plus avantageuses tout ouvrage qu'elle n'aurait pas en magasin.

Les nouveautés en Médecine sont mises en vente le jour même de leur apparition à Paris.

La porte plume à réservoir „ONOTO" le meilleur, à remplissage instantané et automatique, est très utile pour Messieurs les Médecins.

EN VENTE À LA LIBRAIRE FRANÇAISE

ABONNEMENTS AUX REVUES MÉDICALES

Abonnements à la Revue „Viața Românească"

CONVALESCENCE ⚜ FIÈVRES
Anémie — Débilité — Cachexies

QUINIUM LABARRAQUE

Approbation de L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

VIN TONIQUE — FÉBRIFUGE — DIGESTIF
Exactement titré et dosé — Contient tous les principes utiles du quinquina.
(3 gr. de principes toniques et 1 gr. 50 d'alcaloïdes par litre)
DOSE. — *Un verre à liqueur avant ou après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et Cie), 19, rue Jacob, Paris

---

MÉDICATION ANTISPASMODIQUE

Vertiges.	Hystérie.
Étourdissements.	Spasmes — Syncopes.
Crampes d'estomac.	Convulsions,
Vomissements nerveux.	Coliques hépatiques.

PERLES d'ÉTHER CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ
APPROUVÉ par L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince.—Dissolution immédiate DANS L'ESTOMAC.—Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes d'éther par perle.
DOSE : 4 à 10 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE (A. Champigny et Cie), 19, rue Jacob, PARIS.

NÉVRALGIES — MIGRAINES
ATARRHES chroniques de la VESSIE et des BRONCHES
GUÉRI PAR LES

PERLES d'ESSENCE de TÉRÉBENTHINE CLERTAN

PRÉPARÉES PAR UN PROCÉDÉ
APPROUVÉ par L'ACADÉMIE de MÉDECINE de PARIS

Enveloppe extra-mince.—Dissolution immédiate DANS L'ESTOMAC.—Efficacité certaine.
Dosage rigoureux : 5 gouttes par perle.
DOSE : 4 à 12 perles par jour.

Toutes Pharmacies. — Maison L. FRERE. 19, rue Jacob, PARIS.